

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 136

LE

LICHEN PLAN CHEZ LES ENFANTS

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 4 Juin 1924

PAR

Kwan Chang CHEN

Né à SHANGHAI (Chine), le 2 mars 1895.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PETGES, professeur.....	Président.
		DENUCÉ, professeur.....	Juges.
		MICHELEAU, agrégé.....	
		MURATET, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIERE, 17

1924

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 136

LE

LICHEN PLAN CHEZ LES ENFANTS

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 4 Juin 1924

PAR

Kwan Chang CHEN

Né à SHANGHAI (Chine), le 2 mars 1895.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PETGES, professeur.....	Président.
		DENUCE, professeur.....	Juges.
		MICHELEAU, agrégé.....	
		MURATET, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIERE, 17

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants..	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expériment.	GUYOT.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	DÜVERGEY.
id.....	N.	id.....	PAPIN.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	JEANNENEY.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	GREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Médecine opératoire.....	JEANNENEY.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Chimie analytique.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Hygiène appliquée.....	N.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Doyen honoraire du « Ying-Hwa Shou Kwang ».

A MES FRÈRES ET BELLES-SŒURS

A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

A LA MÉMOIRE
DE MON REGRETTÉ CAMARADE

S. Y. YEN

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR W. DUBREUILH

*Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. PETGES

*Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chargé du cours de vénéréologie,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

Arrivé au dernier acte de notre vie d'étudiant, et au moment d'entrer dans l'exercice de la profession que nous avons choisie, ce n'est pas sans émotion et sans regrets que nous jetons un pieux regard en arrière, vers ceux qui nous ont aidé à franchir toutes les étapes de notre instruction médicale et nous ont permis de réaliser le plus cher de nos désirs.

La première figure attachée à nos souvenirs d'études est celle de M. le docteur H.-Y. King, alors directeur de l'école de médecine de Pei-Yang, où nous avons fait nos premières armes. Nous ne l'oublierons pas, lui qui a guidé nos premiers pas dans les sentiers ardu, et pour nous complètement ignorés, de la médecine. Si nous n'avons pas été rebuté par les premières difficultés, si elles nous ont au contraire de suite captivé, c'est aux qualités du maître et de l'homme, dont la bonté égalait le savoir, que nous le devons. Un tel service ne peut être payé que par la profonde et respectueuse gratitude que nous vouons à notre Directeur.

Notre reconnaissance va aussi aux éminents docteurs de cette école, MM. A. Duval, E. Robin, E. Lossouarn, T.-H. Chang, D.-C. Tong et J.-F. Law, pour les soins affectueux et les précieux enseignements qui ont facilité notre tâche du début.

A Bordeaux, où sa perspicace amitié nous avait envoyé, pour le plus grand bien de notre formation médicale, nous avons été accueilli par nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, avec la plus grande bienveillance tout le long de notre carrière scolaire; nous avons aussi contracté de multiples dettes de reconnaissance et nous ne voulons pas donner à ce dernier sentiment la sèche compréhension du philosophe qui en faisait « une fleur morte, sans parfum ».

Que MM. les professeurs Bégouin, Cassaët, Chavannaz, Denucé, Moussous, Verger, Villar, et MM. les professeurs agrégés Dupérié, Micheleau, Muratet et Rocher, soient assurés de la grande place que tiendra leur enseignement dans notre souvenir, car nous sommes d'un pays où le culte du souvenir est profondément enraciné dans les cœurs.

Dans notre modeste travail, nous avons essayé de traiter un sujet de dermatologie, avouant ainsi nos préférences. La responsabilité de cette séduction incombe aux maîtres qui la représentent à Bordeaux avec tant d'autorité, et dont l'enseignement nous a produit, dès que nous les entendions pour la première fois, une impression si forte, qu'elle ne devait plus s'effacer : je veux parler de MM. les professeurs W. Dubreuilh et G. Petges.

M. le professeur Petges, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, nous a patiemment aidé dans son élaboration. Il nous a fait encore le très grand honneur de la présider. Nous lui devons tant que nous ne savons pas si nous pourrions jamais assez le remercier.

LE

LICHEN PLAN CHEZ LES ENFANTS

INTRODUCTION

Le but de ce travail est de rechercher si le lichen plan est une maladie exclusive de l'adulte ou si elle existe aussi chez l'enfant, et, dans ce cas, d'établir quelle est sa fréquence, quelles sont les particularités qu'elle offre à l'observateur.

La question n'est pas nouvelle. Tour à tour nié, reconnu et décrit, considéré comme fréquent ou rare, le lichen plan infantile est donc une maladie de diagnostic délicat ou même difficile, puisque des cliniciens également compétents ont émis, au sujet de son existence même, des opinions disparates.

Intéressant au point de vue dogmatique, le sujet a son importance clinique : confondre avec le prurigo, avec le strophulus, dont l'origine toxique, autotoxique, interne en un mot, implique un traitement diététique et médicamenteux s'adressant au tube digestif et à ses organes annexes, un lichen plan infantile méconnu peut donc être l'objet d'une thérapeutique inutile ou nuisible, puisque son étiologie et sa pathogénie, obscures il est vrai, ne sont, en tout cas, pas exclusivement digestives et ont été surtout rapportées à des troubles nerveux. Inversement,

traiter un enfant pour lichen plan, en méconnaissant un autre syndrome prurigineux d'origine digestive ou glandulaire, peut entraîner à une insuffisance thérapeutique préjudiciable.

Pour atteindre le but que nous nous sommes assigné sur les conseils et sous la direction de M. le professeur Petges, nous avons adopté le plan suivant :

Introduction.

- I. — Historique.
- II. — Observations et commentaire des observations
- III. — Symptômes, formes, complications.
- IV. — Anatomie pathologique.
- V. — Etiologie et pathogénie.
- VI. — Diagnostic, évolution, pronostic.
- VII. — Traitement.

Conclusions.

Bibliographie.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

A. — LICHEN PLAN, EN GÉNÉRAL.

Erasmus Wilson, le premier, a donné la description clinique vraiment précise et détaillée du lichen plan, sous le nom de « Lichen Planus ».

C'est une dermatose dont l'élément primitif est caractérisé par une papule de 1 à 4 millimètres de diamètre, d'une teinte allant du rose jaunâtre au rouge fauve ou au gris violacé, de forme polygonale, nettement limitée, à surface aplatie, brillante à jour frisant, parfois déprimée au centre, d'une consistance ferme et sèche au toucher; plus ou moins prurigineuse suivant le « nervosisme » du malade et quelquefois l'abondance de l'éruption.

Le lichen plan est surtout une maladie de l'âge adulte; elle est relativement rare chez les enfants. Ainsi, M. Brocq déclare que le lichen plan se voit très peu souvent dans la première enfance; Hutinel le donne aussi comme peu fréquent. Haloppeau et Leredde sont d'avis que le lichen plan peut se rencontrer dans tous les âges et peut aussi atteindre plusieurs enfants d'une famille, mais rien de précis ne permet d'étayer leurs affirmations. Grancher, Comby et notre maître, M. le professeur Dubreuilh, pensent que le lichen plan n'est pas une maladie de l'enfance, mais se présente, au contraire, entre 30 et 40 ans; cependant, disent-ils, on peut l'observer dans l'adolescence et même dans la première enfance, mais à titre exceptionnel. Pour M. Darier, le lichen plan est une maladie de l'âge mûr.

L'opinion des auteurs américains (1) sur l'existence et la fréquence du lichen plan dans l'enfance est un peu différente :

1° Il est rare (Pusey, Stelwagon, Knowles).

2° Il n'est pas fréquent, mais n'est pas inconnu dans le tout jeune âge (Bangs, Hardway).

3° On le rencontre aussi bien chez les enfants que chez les adultes (Jackson).

4° Les efflorescences chez les enfants qui en sont rarement atteints ont une tendance marquée à disparaître rapidement, et quelques cas de cette maladie ont été observés chez des enfants des classes pauvres (Hyde, Montgomery).

Les dermatologistes allemands et autrichiens, Weyl, Schütz, Kreibich, Lesser, Jarisch, Riecke, considèrent le lichen plan comme une affection apparaissant entre 20 et 50 ans. Finger, entre 10 et 40; Hebra, Kaposi et J. Neumann, entre 10 et 40; et H. von Hebra, depuis 5 jusqu'à 65 ans.

Les opinions divergent encore chez ces derniers au sujet de la fréquence de cette dermatose dans l'enfance. Certains (Neumann, Blaschko, Monti, Unna, Galewoky, Fischl et Riecke) la considèrent comme très rare dans le jeune âge; d'autres, comme Brandweiner, Mulzer, pensent qu'elle est aussi fréquente dans les premières années de la vie que dans la suite. D'après Rille, le lichen plan est beaucoup plus fréquent chez les adultes que chez les enfants et, chez ces derniers, le lichen ruber acuminatus est plus fréquemment rencontré que le lichen plan. Unna présente son lichen obtusus comme une variété se rencontrant presque uniquement chez les enfants et chez les nourrissons, affirmation qui ne semble pas confirmée dans la pratique par Mulzer, qui prétend avoir fréquemment observé le lichen plan chez les enfants.

En Angleterre, la question du lichen plan infantile a été discutée et fréquemment étudiée. Pour Colcott Fox, le lichen plan apparaîtrait surtout chez les sujets de 20 à 50 ans. Son expé-

(1) Nous empruntons certains de ces renseignements historiques à la *Revue générale* faite par O. Kiess, citée plus loin.

rience lui a permis de constater que les sujets au-dessous de 20 ans en sont rarement atteints, et, pour lui, le lichen devient encore plus rare dans la première enfance et dans tout le cours de la deuxième enfance jusqu'à l'âge de 20 ans environ. D'après G. Little, le lichen plan est aussi rare chez les enfants que le lupus érythémateux. Sa fréquence est la plus grande entre 35 et 55 ans.

Leveing, Radcliffe Crocker, Colcott Fox, ont donné une description de cette dermatose sous la dénomination de « lichen planus infantum ». Bien que cette forme ne soit pas commune chez les enfants, Crocker a dit : « quand le lichen plan se produit dans l'enfance, ce qui est une rareté, celui-ci suit le même cours et présente la même apparence que chez l'adulte; mais il y a aussi une forme infantile qui en diffère comme apparition et comme évolution ».

B. — LICHEN PLAN INFANTILE EN PARTICULIER.

Dans la littérature médicale, le lichen plan est donc considéré comme une affection rare chez les enfants.

Ce fut l'autrichien Mortz Kaposi qui observa et signala le premier un cas de lichen plan chez un nourrisson de huit mois. Quelque temps après, deux autres cas cités par lui se rapportent à des enfants âgés de trois et quatre ans.

Hallopeau, en France, put noter deux cas chez des enfants âgés de quinze mois et de douze ans. Dans le premier cas observé par lui et par Compain, il s'agissait d'un lichen plan, dont le début remontait déjà à trois mois, alors que l'enfant n'avait qu'un an.

Colcott Fox décrit dans *The British Journal of Dermatology*, juillet 1894, une forme spéciale de lichen plan infantile. Dans cette forme, les éléments lichéniens apparaissent rapidement en groupes; ils sont parfois acuminés au début, mais leur sommet semble s'affaïsser en peu de temps. Après la chute des fines squames, ils laissent les papules tout à fait caractéristiques du lichen plan, rouge vif, bien qu'elles deviennent violacées en-

suite. La poussée se produit soit aux extrémités, soit sur le tronc; elle s'accompagne presque toujours d'une démangeaison, plus ou moins vive, quelquefois indolore. La durée en est courte, et la maladie disparaît en quelques semaines sous l'influence de substances adoucissantes. L'auteur a réuni et reproduit dans son mémoire une dizaine d'observations dont quelques-unes paraissent se rapporter à des cas de syphilis (voir observation III), de 1919 à 1924.

A la consultation de l'Hôpital des enfants, de Bordeaux, notre maître, M. le professeur Petges, a attiré notre attention sur cinq cas de lichen plan, dont trois généralisés, chez les enfants de 13 mois à 11 ans et demi, avec deux cas de généralisation en quatre jours, accompagnés d'un prurit intense, d'excitation et d'insomnie.

En 1921, l'Allemand Oskar Kiess, dans le *Dermatologische Zeitschrift*, a fait une statistique des quatre-vingt-neuf cas de lichen plan de l'enfance, observés et publiés dans tous les pays, de l'âge de deux semaines à quinze ans.

Enfin, pour terminer, nous pouvons souligner l'intérêt de certains travaux importants, tant en France qu'à l'étranger. Tilbury Fox a vu un cas chez un enfant de 9 mois (*The Lancet*, 22 juillet 1876), sous le titre « Réflexions cliniques sur un cas de lichen plan aigu général développé chez un jeune sujet et simulant une syphilis papuleuse ». Dans la thèse inaugurale de F. Lavergne, 1883, deux observations de lichen plan chez des enfants, âgés de 7 et 8 ans, ont été apportées. Crocker, en 1898, cita le cas d'une fillette de 3 ans et demi atteinte de lichen plan de la partie interne de la vulve; il a observé aussi un lichen plan cutané chez un enfant hindou de 4 ans. Eddows, en 1899, a vu un cas de lichen plan buccal chez un garçon de 4 ans et demi, et Sainton et Burnier ont présenté à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, le 4 mars 1911, un cas de lichen plan de la même région chez un enfant âgé de 6 ans et demi. Stowers rapporte plusieurs cas de cette dermatose infantile; Adamson mentionne trois enfants atteints de lichen plan; G. Little a écrit un chapitre spécial sur le lichen plan de l'en-

fance, dans son ouvrage publié par *The Journal or Cutaneous Diseases*, octobre 1919, etc., etc.

Notre maître, M. le professeur Dubreuilh, nous a fait connaître qu'il n'avait observé aucun cas de lichen plan infantile dans ses consultations à l'hôpital Saint-André. Nous avons recherché à l'Hôpital des enfants de Bordeaux si cette dermatose avait été fréquemment rencontrée chez les enfants. M. le docteur Rocaz a également dit qu'il n'en avait pas vu dans ses consultations de médecine générale, même avant l'existence d'une consultation spéciale de dermatologie, et M. le professeur agrégé Dupérié, remplaçant M. le professeur Moussous, nous a confirmé la même impression en ce qui concerne le service du professeur Moussous. Nous avons noté plus haut que M. le professeur Petges nous en avait montré ou signalé cinq cas.

CHAPITRE II

Observations et commentaire.

Nous avons groupé un certain nombre d'observations caractéristiques déjà publiées, à titre d'exemple, et dressé un tableau de celles que nous avons pu trouver dans la littérature médicale. A la suite, sont placées quatre observations inédites, dues à l'obligeance de M. le professeur Petges et de M. le docteur Cazenave.

OBSERVATION I (résumée).

BETTMANN, *Dermatolog. Zeitschrift*, 1901.

Lichen plan pemphigoïde chez une fillette de 12 ans.

La malade est une fillette de 12 ans, atteinte de lichen plan, très prurigineux depuis 6 mois environ. Sous l'influence de liqueur de Fowler, la maladie guérit lentement dans l'espace de 10 semaines. Mais la 6^e semaine après le début de la médication arsenicale, il survint, sur la peau malade de la région lombaire, 6 à 8 vésicules du volume d'un pois remplies d'un liquide clair et qui se desséchèrent en peu de temps en laissant une légère pigmentation.

L'auteur regarde, dans ce cas, les bulles comme produites par une action parergique de l'arsenic; il est probable, possible aussi, qu'il s'agisse d'une évolution circonscrite spéciale du lichen plan.

OBSERVATION II (résumée).

BOURDILLON, *Revue médicale de la Suisse romande*, 1903.

Lichen plan aigu généralisé chez une fillette de 4 ans 1/2.

Fillette de 4 ans et demi, atteinte de lichen plan d'une durée de 2 mois environ.

Parents bien portants, une sœur morte à 4 ans de méningite. L'enfant a été atteinte en 1901 d'une affection fébrile qui l'a tenue cinq mois au lit. Le 28 janvier 1902, elle a été opérée pour une ostéomyélite du fémur gauche. Une double fistule a persisté depuis lors et donne encore actuellement issue à du pus et parfois à des fragments osseux.

Au dire des parents, la dermatose serait apparue sur toute la surface du corps en une seule nuit, se serait un peu étendue sur les membres et aurait gagné en intensité pendant les quelques jours suivants pour rester ensuite stationnaire.

Le 30 octobre 1903 : Enfant bien conformée, pas amaigrie, expression fatiguée, teint pâle. L'éruption rouge foncé occupe la totalité du tronc, le cou et les quatre membres jusqu'aux poignets et aux chevilles. Au dos, l'éruption est confluyente; à la face antérieure du corps ainsi qu'aux membres, elle s'espace et se fragmente en filots qui deviennent de plus en plus petits et de plus en plus éloignés. Ces éléments sont tout à fait caractéristiques du lichen plan; la peau est très épaissie, sèche et rugueuse au toucher. La face est indemne, à part quelques papules isolées sur le front. L'éruption respecte également les paumes et les plantes. Aucun élément sur les muqueuses buccales. Il existe des ganglions tuméfiés aux aînes. Le prurit est violent qui lui a fait perdre le sommeil.

Traitement : onctions avec l'onguent de Wilkinson.

Le 6 novembre 1923 : L'éruption a une coloration moins vive et ne paraît plus prurigineuse. L'enfant a retrouvé le sommeil, et son appétit est bon. On commence alors à donner de la liqueur de Fowier à dose progressivement croissante, de une à dix gouttes par jour. Elle prend de l'huile de foie de morue depuis le 30 octobre 1903.

OBSERVATION III (résumée).

Colcott Fox, *Brit. Journal of Dermat.*, 1891.

Lichen plan aigu généralisé chez une fillette de 7 mois.

Mary H..., âgée de 7 mois, a présenté une éruption de lichen plan d'une durée de trois mois.

L'enfant était bien portante jusqu'à l'âge de 3 mois. A cet âge, elle devint languissante et agitée. A l'âge de 7 mois, elle était anémique; son nez s'aplatit.

L'éruption apparut sur presque toute la surface du corps avec une tendance à se grouper dans quelques parties. Elle était composée de papules typiques du lichen plan, plus abondantes sur le tronc que sur les membres et très peu sur la face.

Traitement : antisyphilitique, sans résultat. Un an après l'éruption a disparu.

OBSERVATION IV (résumée).

Colcott Fox, *Brit. Journal of Dermat.*, 1891.

Lichen plan aigu généralisé chez un enfant de 11 mois.

Alice H..., âgée de 11 mois, bien nourrie, est anémique et légèrement rachitique. L'éruption est apparue brusquement sur la face, le tronc, et plus lentement sur les membres. L'enfant est très agitée à cause de l'irritabilité de cette éruption, qui est composée de petites papules caractéristiques du lichen plan. Ces papules sont plus abondantes sur l'abdomen, la région lombaire, les fesses, que sur la face, la partie supérieure du tronc et les membres. Elles sont isolées, mais ont une tendance à se grouper pour former des plaques. Les pieds sont respectés. Pas de syphilis dans la famille.

OBSERVATION V (résumée).

Tilbury Fox, *The Lancet*, 22 juillet 1876, in thèse Hérouy, Paris, 1880.

Réflexions cliniques sur un cas de lichen planus aigu généralisé, développé chez un jeune sujet et simulant une syphilide papuleuse.

Catherine F..., âgée de 9 mois, fut apportée à l'hôpital du collège universitaire le 1^{er} juillet 1873, avec une « éruption qui avait envahi tout son tégument ». Mère suspecte de syphilis.

L'enfant en question, née à terme, s'est parfaitement bien portée jusqu'à 6 mois; elle fut alors vaccinée. L'opération ne réussit pas et trois ou quatre jours après la mère remarqua quelques rougeurs à la main gauche. Elles « ressemblaient, dit-elle, à des boutons tout à fait analogues à ceux que produit le vaccin ». Quinze jours après, d'autres taches apparurent aux fesses et à la cheville, puis aux bras. Immédiatement après, le corps se couvrit « d'une éruption confluyente et épaisse ».

Elle était prurigineuse et tourmentait considérablement l'enfant. La mère affirme que « d'abord, les taches restèrent entièrement séparées les unes des autres, d'une couleur tout à fait rouge brillant et très pointues (elle voulait dire surélevées); elles commencèrent bientôt à s'applatir, et la peau des points malades semblait mourir ». En même temps, « elles prirent un aspect brillant et une teinte pourpre ».

Après un certain temps, les taches commencèrent à se ranger en plaques autour des malléoles, des fesses et des bras. L'éruption, ajoute la mère, « avait toujours conservé le même aspect ».

Telle est la description de la mère.

Elle montre que l'éruption est restée papuleuse pendant toute sa durée, les plaques étant formées par le groupement des papules.

Etat actuel : L'enfant a toutes les apparences d'une bonne santé; elle est bien nourrie, n'a pas maigri. Sur la face, sur les deux joues, on voit 20 ou 30 papules disséminées, distinctes, d'une coloration rouge brun, dures au toucher et de la dimension d'une grosse tête d'épingle.

Sur la nuque, autour du front, sur les tempes et le nez, il y a une éruption papuleuse limitée et rouge pâle qui couvre uniformément ces régions.

Les papules sont légèrement surélevées et de la dimension d'une tête d'épingle et même un peu plus grosses. Sur les bras, les jambes et les fesses, l'éruption a l'aspect d'une syphilide papuleuse consistant en plaques larges, rouge brun, dures et pour la plupart discrètes, mais réunies en grand nombre. Sur le dos et l'abdomen, le rash est bien plus beau et formé de papules plus plates et plus mamelonnées, d'autant plus confluentes qu'il y a des follicules pris.

Toutes les papules, larges ou petites, étaient d'abord d'un rouge éclatant, mais après un certain temps elles ont pâli, sont devenues plates à leur sommet et d'un aspect brillant. Les papules ont les caractères communs suivants : elles ont un sommet aplati, sont plus ou moins anguleuses à leur base et montrent à leur centre une légère dépression; vues de côté, elles ont un reflet éclatant qui donne à l'ensemble de la peau un aspect brillant, là surtout où les papules sont accumulées et rassemblées en masse.

Traitement : onctions abondantes d'huile pour diminuer l'hyperémie et calmer l'irritation de la peau; toniques à l'intérieur; bonne nourriture et fer.

OBSERVATION VI (résumée).

G. GALLOWAY, *Brit. Journ. of Dermat.*, 1899.

Lichen plan annulaire des extrémités chez un garçon de 10 ans.

Lé malade est un garçon âgé de 10 ans, anémique et mal développé. Il n'a pas d'antécédents rhumatismaux et l'examen des viscères ne présente aucune altération.

La maladie a débuté il y a 3 ans sur la face dorsale des articulations phalangiennes par des nodules qui se sont peu à peu étendus excentriquement en formant des anneaux.

Les lésions siègent sur la face dorsale ou latérale des doigts, au niveau des articulations; elles forment des cercles ou des arcs de cercle de 1 à 3 centimètres de diamètre. Elles sont constituées par une partie centrale déprimée et un peu atrophique, entourée d'une bordure saillante de 3 millimètres de large, de 1 à 2 millimètres de haut, pâle et lisse. Elles sont complètement indolentes.

Traitement externe : *salicylique*.

Pommade avec acide salicylique à 2 %.

Traitement interne :

Ferrugineux et huile de foie de morue.

OBSERVATION VII (résumée).

HALLOPEAU et COMPAIN, *Ann. de dermat.*, 1900.

Lichen de Wilson chez un enfant de 15 mois.

Garçon de 15 mois présentant du lichen plan dont le début remonte déjà à trois mois, alors que l'enfant n'avait qu'un an.

L'éruption est disséminée sur presque toute la surface du corps; elle fait totalement défaut sur les faces palmaires et plantaires. Les éléments éruptifs sont plus considérables sur les membres inférieurs que sur le tronc; ils présentent une coloration généralement rosée, mais seulement, lorsqu'on les regarde de face. L'examen de la cavité buccale reste absolument négatif.

Le prurit est assez intense pendant la nuit.

OBSERVATION VIII (résumée).

HALLOPEAU et TRASTOUR *Ann. de dermat.*, 1900.

Lichen plan et impétigo contagiosa chez une fillette de 6 ans.

Une fillette de 6 ans présente des lésions couvertes de croûtes sur les diverses parties du corps. Mais à mesure que ces croûtes tombent après l'application de compresses imbibées d'une solution boriquée, bi-boragée et salicylée, on voit apparaître, à leur place, des macules et des saillies de dimensions variables présentant tous les caractères du lichen plan. Ces éléments dont la grosseur varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'une pièce de 50 centimes, sont rouges, leurs contours sont assez régulièrement circulaires, mais certains d'entre eux sont confluent, certains sont parsemés irrégulièrement sur les macules de l'impétigo. Les papules sont brillantes, finement striées; quelques-unes sont légèrement ombiliquées. Cette éruption ne paraît pas s'accompagner d'un prurit bien intense. Il n'y a pas de lésions dans la muqueuse buccale.

OBSERVATION IX (résumée).

LEMOINE, *Ann. de dermat.*, 1883.

Lichen plan hypertrophique chez un enfant de 11 ans et demi.

Henri G..., âgé de 11 ans et demi, est un enfant d'apparence assez chétive. Son père et sa mère sont en bonne santé, ainsi que ses six frères ou sœurs. Il présente deux affections différentes : plusieurs plaques de pelade sur son cuir chevelu et des plaques de lichen hypertrophique sur ses membres inférieurs. Le début de cette dernière maladie remonte à quatre ans et demi, et la cause demeure inconnue.

L'affection débuta sur les jambes par de petites papules rouges qui s'altèrent en s'élargissant, de façon à former avec les papules voisines de petites plaques de forme et de dimension variables. Le prurit est modéré. Elles offrent une surface irrégulière, mamelonnée, sectionnée par les plis de la peau. La peau qui entoure ces plaques est épaissie. La coloration des plaques est grisâtre, non miroitante, et devient bleuâtre quand elles ont été mouillées.

L'enfant se présente, au moment de son entrée, dans l'état suivant :

Jambe droite : en dehors de l'arête du tibia et immédiatement au-dessus du genou, 5 petites plaques du volume d'un pois, de couleur rouge pâle et en voie de guérison. Au niveau du condyle interne existe une plaque en plein développement; toute la partie qui l'avoi-sine jusqu'au-dessus de la rotule présente un aspect craquelé. Jambe gauche : sur la face externe, au niveau de la malléole, se voit une longue bande de 12 centimètres de longueur sur 3 centimètres de largeur, tout entière recouverte de petits îlots de lichen. Sur la face externe, mais à sa partie supérieure, 4 groupes principaux offrent les mêmes caractères. Une petite plaque existe dans le creux poplité.

Traitement : 20 gouttes de Liqueur de Fowler et des fortifiants.

Le 19 novembre : aucune amélioration. Après l'anesthésie, on procède à un raclage énergique à la curette des plaques malades. Pansements de Lister.

Le 30 décembre : Tout est bien cicatrisé, mais l'affection est reproduite avec ses caractères d'origine. On ordonne des bains de pieds,

des frictions au savon noir, l'application permanente de ce savon sur les plaques après chaque bain.

Le 1^{er} février 1882 : Le lichen a diminué de plus en plus; les cicatrices deviennent de moins en moins saillantes et plus souples.

Le 13 mars : Les plaques sont représentées par une tache brune, mais elles sont très souples et ne forment presque plus de relief. L'enfant quitte le service en voie de complète guérison.

OBSERVATION X (résumée).

LILIENTHAL, *Berliner dermat. Gessellschaft*, 1905.

Lichen plan chez un enfant de 11 semaines.

Le malade est un enfant de 11 semaines chez qui l'éruption est apparue à la fin de la deuxième semaine. Elle est formée par des papules typiques de lichen plan, notamment sur le dos de la main gauche et sur les jambes. Elle est plus étendue et on trouve encore des traces sur les membres supérieurs et inférieurs sous forme de traînées violacées et pigmentées. Il y a eu sur les pieds quelques vésicules atteignant la grandeur d'une lentille, qui ont guéri après avoir formé des croûtes. Il n'y a pas de prurit actuellement et les lésions sont encore caractéristiques. Rien sur le tronc, les organes génitaux et les muqueuses.

OBSERVATION XI (résumée).

G. LITTLE, *Brit. journ. of dermat.*, 1903.

Lichen plan linéaire chez une fillette de 4 ans.

Fillette de 4 ans présentant une éruption de lichen plan en bande, qui siège à la partie supérieure et externe de la fesse droite; elle y figure une traînée linéaire verticale qui descend le long de la face postérieure de la cuisse et du creux poplité. La bande, qui commence à la fesse par une papule petite et dure, d'une teinte rose pâle et légèrement squameuse, a une largeur de 12 millimètres environ; elle devient plus étroite en descendant; juste au-dessous de la fesse, elle donne une courbe en forme de croissant à concavité externe. Au

niveau du genou, elle s'élargit de nouveau. Le reste du corps est indemne et il n'y a pas de lésions buccales.

OBSERVATION XII (résumée).

MARIANI, XVIII^e Riunione della Soc. ital. di derm. 1910.

Lichen ruber verruqueux zoniforme bilatéral chez un enfant de 14 mois.

Enfant de 14 mois présentant une éruption de lichen ruber verruqueux zoniforme bilatéral.

Au thorax, l'éruption présente une disposition qui correspond à la projection radiculaire spinale plutôt qu'à la projection segmentaire : les lignes, un peu obliques, suivent la courbure des côtes et ne sont pas horizontales.

Aux membres supérieurs, les stries parallèles entre elles paraissent suivre principalement le champ de projection des racines postérieures cervicales. Aux membres inférieurs, les stries linéaires du lichen ont une distribution zoniforme plus nette dans les territoires de projection des racines postérieures lombaires et dans ceux des racines postérieures sacrées.

OBSERVATION XIII (résumée).

MM. SAITON et BURNIER, Soc. de dermat. et syph., 1911.

Lichen plan buccal chez un garçon de 6 ans 1/2.

Garçon de 6 ans et demi, présentant depuis six mois des taches blanches couvrant le dos de la langue et la face interne des joues. On avait parlé de muguet.

Parents bien portants; sur 4 enfants, 2 sont morts (rougeole à 9 mois, méningite à 3 ans). A partir de 3 ans, le petit malade a eu une congestion pulmonaire, la rougeole et la scarlatine. Il est adénoïdien.

On constate sur toute la face dorsale de la langue, depuis la pointe jusqu'au V lingual, une série de taches blanches légèrement saillantes, du volume d'une tête d'épingle à une lentille, arrondies ou ovalaires,

à contours nets, laissant entre elles de rares portions de muqueuse rouge. On dirait une langue cautérisée par place au nitrate d'argent. Les bords et la face inférieure sont indemnes. Petites ponctuations blanches minuscules à la face interne des joues; réseaux arborescents à la face interne des lèvres. Le voile du palais, les piliers et amygdales sont atteints. Pas de lésions cutanées; aucune gêne dans la bouche. C'est le premier cas de lichen buccal infantile.

OBSERVATION XIV (résumée).

In *Dermatologische Zeitschrift*, 1921, p. 148, obs. n° XXXVI (1).

Lichen plan aigu généralisé chez un garçon de 9 ans.

Garçon âgé de 9 ans, entré à la polyclinique au mois d'octobre 1919. Il présente une éruption remontant à un mois environ. Cette éruption se localise d'abord sur l'épaule droite, puis au bout d'une quinzaine de jours elle se généralise sur tout le corps. Prurit intense, même la nuit.

L'enfant est pâle, avec ganglions indolents aux axillaires et aux aines. Sa mère est nerveuse.

Le 22 octobre 1919 : L'éruption consiste en papules typiques du lichen siégeant sur le front, le nez, les joues, les lèvres supérieure et inférieure; derrière les oreilles, il y a quelques papules confluentes. Les éléments sont plus rares sur le cou; sur le cuir chevelu, on trouve douze éléments rouge foncé, grands comme une lentille; près de la 6^e vertèbre cervicale, il y a une bande de 2 centimètres et demi de largeur. Poitrine et dos : papules irrégulières. Sur les muscles pectoraux, elles forment des cercles. Abdomen : plaques violettes, éléments petits et confluentes. Bras et mains : éruption abondante, les éléments sont rouge foncé, isolés, groupés ou confluentes jusqu'à la dimension d'une pièce de 50 centimes; la peau est très infiltrée. Parties génitales : on trouve des papules sur la racine du pénis et au-dessus d'elle il y a une plaque large comme une pièce de 2 francs, d'une teinte bleue grisâtre, très infiltrée, sèche; sur le scrotum, quel-

(1) Nous n'avons pas trouvé mention du nom de l'auteur.

ques éléments. Membres inférieurs : sont couverts de plaques. La paume des mains et la plante des pieds sont atteintes. Il n'y a pas de lésions sur les ongles des doigts, mais les ongles des pieds présentent des stries longitudinales et transversales.

Traitement : Injections d' « arsomon ».

Le 12 décembre 1919 : l'éruption de l'abdomen, du dos, des parties génitales et de la cuisse a disparu.

Le 9 janvier 1920 : Même traitement. Les papules existent encore sur le front, la nuque, la surface du genou. Du reste, la peau est pigmentée brun foncé.

OBSERVATION XV (résumée).

Due à l'obligeance de M. le professeur PETGES.

Lichen plan aigu généralisé chez une fillette de 4 ans 1/2.

Liliane L..., âgée de 4 ans et demi, est conduite à la consultation de l'Hôpital des enfants, le 6 octobre 1919, pour éruption généralisée accompagnée de prurit intense.

L'enfant a fait déjà plusieurs séjours dans le service de M. le docteur Rocaz, deux fois pour bronchite, une troisième fois, du 14 au 17 avril 1919, pour impétigo. Allaitée au sein pendant environ deux mois, puis soumise à l'allaitement mixte, c'est une enfant nerveuse, assez maigre, à gros ventre; elle a eu de l'entérite, mais a des selles normales actuellement. Quelques stigmates de rachitisme : crâne volumineux, début de chapelet rachitique. Rien d'appréciable sur le reste du corps. Poids, 12 kilos 300. Le père et la mère n'ont pas présenté d'affections cutanées prurigineuses. Ils sont bien portants.

Le 9 octobre 1919 : L'éruption a été remarquée il y a deux mois environ, l'enfant ayant de vives démangeaisons. Actuellement, elle s'est généralisée sur tout le corps, mais prédomine surtout à l'extrémité inférieure des membres supérieurs et inférieurs, face antérieure. Elle est plus discrète sur l'abdomen, le thorax et la région sacrée. Elle épargne la face, les muqueuses buccale et vulvaire.

Cette éruption est formée de papules de dimensions variées, les unes très petites, de la grosseur de grains de millet, visibles à la

loupe, d'autres plus grosses, jusqu'à la dimension de têtes d'épingles de laiton; leur couleur est fauve, certaines sont brunâtres et leur surface est plane. Elles brillent à jour frisant et sont de forme polygonale. Leur consistance est ferme; elles sont un peu rudes et sèches au toucher. Certains groupes de papules assez nombreuses restent isolés, d'autres se réunissent par amas lenticulaires, sans former des placards étendus. Elles sont très prurigineuses, ainsi qu'en témoignent d'abondantes lésions de grattage et la rage de l'enfant à se gratter constamment.

Des traits faits sur la peau avec l'ongle ne semblent pas amener l'apparition d'éléments nouveaux.

Traitement : gouttes au triiodure d'arsenic après quelques jours de prise de sirop de rhubarbe et de chicorée composée; application de pâte de zinc phéniquée à 1 %.

Pour résumer l'évolution de ce cas :

Atténuation du prurit au bout d'une dizaine de jours, diminution de l'éruption dont les éléments pâlisent et s'affaissent après une quinzaine de jours. Après quelques alternatives de diminution et d'aggravation, la guérison survient en six ou sept semaines.

OBSERVATION XVI (résumée). •

Due à l'obligeance de M. le professeur PETGES.

Lichen plan chez une fillette de 22 mois.

Raymonde H., 22 mois, est portée à la consultation le 31 mai 1920. Elle présente, au niveau des fesses et de l'extrémité inférieure des avant-bras et des jambes, un semis de papules planes, polygonales, brillantes à jour frisant, surélevées, sèches, dures, grandes comme des têtes d'épingles de laiton et jusqu'au diamètre d'un grain de millet; beaucoup d'entre elles sont ombiliquées. Il n'existe pas de lésions buccales. Prurit vif au niveau et autour des lésions.

L'enfant, venue de la campagne, n'a pas été revue.

OBSERVATION XVII (résumée).

Due à l'obligeance de M. le professeur PETGES.

Lichen plan généralisé chez une enfant de 15 mois.

Marie T..., âgée de 15 mois, habitant à Bordeaux, est une très belle enfant, fraîche, rose, potelée, nourrie au sein jusqu'à l'âge de 6 mois et au biberon, au lait de vache, depuis. Appelée auprès d'elle le 21 janvier 1921, j'apprends que, dans l'espace de 3 à 4 jours, elle a été atteinte d'un prurit violent, diurne et nocturne, entretenant un état d'agacement continu obligant à la promener et à la consoler presque constamment et l'empêchant de dormir, ainsi que sa mère. Elle cherche à se gratter et manifeste les signes d'un énervement pénible. En même temps que s'est développé le prurit, s'est manifestée sur tout le corps, sauf la tête, une éruption sèche, papuleuse, confluyente par places. Les éléments papuleux consistent en petites élevures de la dimension d'une tête d'épingle de laiton à celle d'un grain de millet, à bords nets, polygonaux, plans, luisants, doux au toucher, formant un relief, sensibles à la vue et au toucher. Certaines d'entre elles sont finement striées, d'autres, vues à jour frisant, sont comme ombiliquées avec une petite dépression punctiforme centrale.

La couleur varie du rose foncé au rouge fauve ou rouge brun. La couleur résultant de l'ensemble est rouge fauve, par suite de la fusion des diverses teintes individuelles. La distribution des papules n'est pas la même partout. Sur le tronc, elles sont séparées par des intervalles de un à trois centimètres, avec une distribution irrégulière. Sur les zones cutanées où la pression d'un lacet ou d'un pli des vêtements exerce une action, les papules sont confluentes, tassées les unes contre les autres, formant des surfaces sur lesquelles il est impossible d'apercevoir des zones d'épiderme sain, tandis que, sur le tronc, les intervalles de peau saine sont supérieurs à ceux des surfaces malades. Les zones d'éruption cohérente sont principalement localisées à la racine du cou, sur les poignets, les cous-de-pied, le dos des pieds, et la plante des pieds, formant des placards infiltrés, saillants, chagrinés, sur lesquels on distingue très bien des plaques sèches déjà décrites affectant la forme de collier, de bracelets larges

de 2 à 4 centimètres, de guêtres avec dégradation progressive vers les surfaces les moins prises. La paume des mains est également atteinte par l'éruption, comme la face palmaire des doigts, avec de nombreuses papules non-coalescentes, mais très proches les unes des autres. Le dos des mains est pareillement atteint. La plante des pieds est aussi atteinte que la paume des mains.

Il n'existe pas de lésions, aussi minimes qu'elles soient, de la langue, de la muqueuse des joues, de la face ou du cuir chevelu, et de la région vulvaire.

Il n'existe pas, et il n'y a eu à aucun moment, depuis la naissance de l'enfant, la moindre papule de prurigo; rien qui rappelle la miliaire rouge; rien qui rappelle l'urticaire papuleuse à petits éléments, lichen urticatus de Neumann.

Il ne s'agit pas d'un « compound » de strophulus, de prurigo, avec éruption lichénoïde que j'ai observé dans certains cas, il s'agit bien d'un lichen plan à forme aiguë généralisée.

Les parents ont une santé excellente, sans nervosisme, l'enfant s'est bien portée jusqu'au moment où le prurit et l'éruption sont apparus, son sommeil était bon, ses digestions normales, sans vomissements, sans diarrhée ni constipation, sans fautes d'alimentation autres que celles inhérentes à l'allaitement artificiel même bien conduit. A cet âge, chagrins, émotions, chocs nerveux ne sauraient être retenus, même en les ramenant à de simples frayeurs, inexistantes dans les cas particuliers.

L'examen des divers organes, et du foie en particulier, ne révèle aucun signe anormal.

Traitement : 21 janvier 1921, lotion matin et soir à l'eau chaude (38°), suivies d'applications d'une pâte avec :

Vaseline.....	}	à 25 grammes.
Axonge benzoïnée.....		
Oxyde de zinc.....		
Talc.....		
Acide phénique.....		1 gramme.
Bichlorure de mercure.....		0 gr. 05

Pas de traitement interne.

1^{er} février 1921 : l'enfant est très notablement améliorée. Les lésions

en formation sont moins saillantes, le prurit est moindre, le sommeil est revenu. Nous conseillons 5 comprimés de lactéol par jour et alterner la pâte précédente avec la pommade :

Vaseline.....	100 grammes.
Oxyde de zinc.....	25 grammes.
Goudron végétal.....	5 grammes.

En demandant à la mère de voir quelle est la pommade qui fait le plus de bien à l'enfant.

21 février 1921 : l'enfant est guérie au niveau du cou, du tronc, des cuisses, et il ne reste plus de lésions sur les poignets, les cous-de-pied, les mollets. Au début, nous dit la mère, la pâte de zinc phéniquée sublimée a été efficace, et ultérieurement la pommade au goudron a paru avoir une action plus favorable.

Prescription : pas de traitement interne; appliquer, matin et soir, une pommade avec :

Vaseline.....	100 grammes.
Oxyde de zinc.....	25 grammes.
Goudron.....	6 grammes.

18 mars 1921 : la guérison est presque complète et il reste quelques groupes de papules sur les mollets et les cous-de-pied, à peine diagnostiquables.

12 avril 1921 : la guérison est complète. Il est intéressant de signaler que, plus d'un an et demi après, nous avons revu cette fillette, le 7 novembre 1922, âgée environ de 3 ans. Elle est restée complètement guérie de son lichen plan pendant près d'un an et demi, et, après 2 ou 3 mois, elle a été atteinte de prurit généralisé avec poussées urticariennes et éruption papuleuse du type du prurigo, réalisant un strophulus caractéristique.

S'agit-il, chez cette fillette, d'un lichen plan légitime ? Objectivement, la question ne me paraît pas douteuse, et il s'agissait bien d'un lichen plan. Ce n'est point parce que plus d'un an après il est survenu du strophulus lié à des troubles intestinaux, que l'on peut être amené à écarter l'hypothèse du lichen plan. J'ai observé des adultes qui ont eu, dans certaines périodes de leur existence, du

lichen plan et qui, ultérieurement, ont présenté les uns de l'urticaire et les autres de l'eczéma, sans que le diagnostic de la première maladie puisse être mis en cause. Nous pensons d'une manière analogue, en ce qui concerne notre petite malade.

OBSERVATION XVIII (résumée).

Due à l'obligeance de M. le professeur PETGES.

Lichen plan aigu généralisé chez un garçon de 13 mois

Gabriel B., âgé de 13 mois, vient à la consultation, le 2 mars 1922, parce qu'il a une éruption généralisée accompagnée de prurit.

Antécédents héréditaires : père et mère bien portants. Le père a souvent de petites éruptions dans la région de la nuque et dans la moustache, folliculites acnéiformes probables.

Antécédents personnels : enfant né à terme, nourri au sein, a eu un peu d'entérite, de la bronchite légère; n'a pas encore de dents.

Histoire de la maladie : L'affection a débuté par un ou deux petits boutons rouges sur les fesses, avec un prurit généralisé pénible. Cette éruption n'a pas été précédée de démangeaison. Elle s'est ensuite généralisée sur les membres inférieurs, respectant les pieds. Les éléments primitifs de l'éruption sont des papules typiques légèrement surélevées, certaines ombiliquées et luisantes à jour frisant; elles sont légèrement rudes au toucher; leur forme est polygonale, leurs dimensions sont celles de têtes d'épingles de laiton, en plus ou en moins; de couleur rouge sombre.

L'éruption s'est ensuite généralisée en quelques jours sur tout le corps. Les papules sont moins nettes sur le tronc et forment, à certains endroits, des placards à bord mal limités, luisants, infiltrés, avec de nombreuses papules isolées autour. Sur la face, elles ont des dimensions anormales et un aspect acnéiforme; sur les membres supérieurs, elles forment des placards et des nappes. Dans ces régions, où elles confluent, les lésions sont déformées, en placards infiltrés, de couleur rouge foncé.

En outre, sur l'abdomen, les fesses, les cuisses, l'aspect est particulièrement anormal : on y voit de nombreuses papules boutonneuses

miliaires et lenticulaires, tronconiques, souvent ombiliquées, de couleur rouge foncé, isolées, mais couvrant uniformément ces régions.

Les paumes et les plantes sont respectées.

Le petit malade est atteint d'un prurit violent, qui trouble son sommeil; le grattage impérieux n'entraîne pas de suintement; les lésions restent sèches. Les muqueuses sont respectées.

Traitement : Nous comptons traiter ce malade par de simples applications de pâte de zinc phéniquée au 1/100^e, sans médication interne. L'amélioration est rapide, le prurit est atténué en quelques jours, et, vers le 25^e jour, l'éruption paraît moins active.

Le 27 avril 1922 : la mère écrit que le petit malade a été atteint de scarlatine, qui a fait disparaître presque entièrement l'éruption de lichen plan.

Ultérieurement, la guérison a été confirmée.

OBSERVATION XIX (résumée).

Due à l'obligeance de M. le professeur PETGES.

Lichen plan chronique corné chez une fillette âgée de 11 ans 1/2.

Solange L., âgée de 11 ans et demi, vient à la consultation de l'hôpital, le 9 octobre 1922, parce qu'elle présente trois placards arrondis, de 8 à 10 centimètres de diamètre chacun, nettement limités, de couleur rouge, composés d'éléments lichénoïdes prurigineux, sur le cou, la cuisse droite et le sommet du pli fessier.

Antécédents personnels : fille unique, a eu la rougeole, la scarlatine et la coqueluche dans sa première enfance; vers l'âge de 8 ans, a présenté de la faiblesse (?) pour laquelle son médecin lui a conseillé les bains salés et des fortifiants.

Depuis, elle ne semble avoir jamais présenté de maladie grave, mais a toujours eu le teint pâle et peu d'appétit. C'est une enfant délicate et frêle.

Antécédents héréditaires : mère et père n'ont jamais eu de maladie importante.

Histoire de la maladie : l'affection cutanée a débuté, il y a plus d'un an, par une éruption de très petits éléments sans coloration par-

ticulière, prurigineux, que la malade a négligés jusqu'au moment où ils se sont localisés. Elle présente trois placards siégeant : l'un sur la face externe de la cuisse droite, l'autre sur la région sacro-coccygienne, le troisième sur la nuque.

Examinée et traitée en septembre 1922, dans une autre consultation, avec un diagnostic hésitant entre un lichen simplex et un lichen plan, elle fut améliorée par des applications de coaltar, l'hydrothérapie chaude, et l'arrhénal à l'intérieur.

Le 9 octobre 1922, nous nous trouvons en face de lésions, saillantes, infiltrées, rugueuses au toucher, donnant la sensation d'une surface kératosique, à limites nettes en ce qui concerne l'infiltration kératosique saillante, mais à limites imprécises, irrégulières, en ce qui concerne un semis papuleux abondant, parsemé autour des lésions principales. Ces papules bordantes ont les caractères nets du lichen plan : saillantes, planes avec parfois une dépression punctiforme centrale ombiliquée, polygonales, sèches, dures et douces au toucher. L'examen attentif de la zone lichénisée kératosique, qui émerge au milieu des semis papuleux, permet de voir quelques points sur lesquels, par coalescence ou hypertrophie de groupes de papules, se sont formées des papules miliaires ou mêmes lenticulaires, polygonales, saillantes et plates, de couleur rouge sombre. Ces caractères se retrouvent dans les trois groupes de lésions.

Traitement : douches chaudes en pluie; liqueur de Donovan, alternée avec de l'arséniate de soude, de l'arrhénal, de la liqueur de Fowler; applications de pâte de zinc phéniquée à 1 %, de pommades au goudron salicylé, de vaseline au sublimé et à l'acide phénique, de coaltar de houille brut. Les applications de ce dernier produit ont paru plus actives que celles des autres topiques.

Le 5 février 1923, de nouveaux groupes de papules se sont développés, et actuellement on peut en observer sur la face postéro-externe de l'avant-bras droit, près du coude; sur la face externe du 1/3 inférieur du bras droit; sur la face externe du coude gauche; sur la face postérieure du 1/3 supérieur de l'avant-bras gauche; sur la nuque, sur la région sacrée, à droite de la ligne médiane; sur la région trochantérienne droite et la face externe du 1/3 moyen de la cuisse droite.

Toutes ces plaques sont sensiblement de mêmes dimensions et présentent le même aspect; elles mesurent en moyenne cinq centimètres à six centimètres de diamètre, leur forme étant vaguement arrondie, à contours irréguliers. Leur couleur est rosée, rouge, fauve ou brune par endroits, avec des reflets nacrés à jour frisant. Sèches, rugueuses au toucher, elles forment un relief sensible au doigt comme à l'œil.

Elles sont évidemment formées de la confluence d'éléments de lichen plan, comme les premières plaques décrites plus haut : même aspect synthétique et analytique. Le diagnostic de lichen plan ne peut faire de doute.

Les mains, les pieds, les muqueuses, sont respectés.

Le même traitement que celui de l'observation a été « mis en œuvre » vainement pendant plus de huit mois : les badigeonnages au coal-tar ont paru avoir une certaine action.

La guérison est survenue lentement, progressivement, mais il persiste des plaques rebelles, existant encore en avril 1924, sur la nuque, près de la racine des cheveux, sur la région sacro-coccygienne, avec moins de relief, moins d'infiltrations, moins de rugosités : un certain nombre de papules de lichen plan caractéristiques permettent encore de faire le diagnostic, tandis que les placards eux-mêmes ont plutôt l'aspect du lichen simple de Vidal.

OBSERVATION XX (résumée).

Due à l'obligeance de M. le D^r CAZENAVE.

Lichen plan aigu des mains chez une fillette de 9 ans 1/2.

La maladie a débuté il y a 8 jours, sans cause connue, sur la face antérieure des poignets. L'extension s'est faite progressivement sur toute la surface du poignet et la face dorsale des doigts.

25 mars 1924 : La face dorsale des deux mains et des poignets est le siège d'une série de papules miliaires, indépendantes, disséminées sans ordre, rouges, polygonales, miroitantes, à jour frisant, avec une surface plane et des stries bleuâtres.

La limite supérieure de l'éruption se trouve 3 travers de doigts au-dessus de chaque poignet.

Les éléments sont nombreux, surtout à la main droite, confluents sur la face dorsale du poignet pour y former un placard vaguement arrondi, de 3 centimètres de diamètre environ. Pas de lésions buccales.

Le prurit est constant, surtout après les repas.

L'état général de l'enfant est excellent.

Antécédents héréditaires : nuls; aucune histoire d'hérédosyphilis.

Antécédents personnels : nuls.

La malade a deux frères et une sœur en bonne santé.

L'analyse d'urine : normale.

Traitement :

PÂTE :

Vaseline.....	40 grammes.
Oxyde de zinc.....	} à 10 grammes.
Goudron végétal.....	

Arrhénal, 0 gr. 02 par jour pour 15 jours.

10 avril 1924 : Disparition du prurit; l'éruption a en partie disparu, et les éléments sont affaiblis et ne persistent que très atténués sur la face antérieure du poignet droit. L'état général est excellent. Même traitement.

4 mai 1924 : La guérison est complète.

Nous avons réuni dans le tableau analytique suivant les observations que nous avons rencontrées dans la littérature.

AUTEURS OBSERVATIONS	AGE	SEXE	ÉTAT DU SUJET ET CAUSES PROBABLES	DÉBUT	DIAGNOSTIC FORMES CLINIQUES
Bettmann. Observation I.	12 ans.	F		6 mois.	Lichen plan pem- goïde.
Bourdillon. Observation II.	4 ans 1/2.	F	Ostéomyélite du fé- mur G. Fistule.	2 mois.	Lichen plan aigu néralisé.
Cazenave. Observation XX.	9 ans 1/2.	F	Santé excellente.	8 jours.	Lichen plan aigu mains.
Fox Colcott. Observation III.	7 mois.	F	Anémique. Héréd. Σ ?	3 mois.	Lichen plan aigu néralisé.
Fox Colcott. Observation IV.	11 mois	F	Anémique ; légè- rement rachitique.	Brusque.	Lichen plan aigu néralisé.
Fox Tilbury. Observation V.	9 mois.	F	Bonne santé. Héréd. Σ ?	3 mois.	Lichen plan gé- nalisé.
Galloway (G.). Observation VI.	10 ans.	M	Anémique.	3 ans.	Lichen plan an- laire des extré- tés.
Hallopeau et Compain. Observation VII.	15 mois.	M	—	3 mois.	Lichen plan gé- nalisé.
Hallopeau et Tarnstour. Observation VIII.	6 ans.	F	—	—	Lichen plan di- miné.
Lemoine. Observation IX.	11 ans 1/2.	M	Chétif.	4 ans 1/2.	Lichen plan hy- trophique.
Lilienthal. Observation X.	11 semaines.	M	—	9 semaines.	Lichen plan membres.
Little (G.). Observation XI.	4 ans.	F	—	—	Lichen plan liné- aire.
Mariani. Observation XII.	14 mois.	M	—	—	Lichen plan forme verruque- bilatéral.
Petges (G.). Observation XV.	4 ans 1/2.	F	Nerveuse ; rachiti- que.	—	Lichen plan aigu néralisé.
Petges (G.). Observation XVI.	22 mois.	F	—	—	Lichen plan local
Petges (G.). Observation XVII.	15 mois.	F	Santé excellente.	3-4 jours.	Lichen plan aigu néralisé.
Petges (G.). Observation XVIII.	13 mois.	M	Entérite légère. Bronchite.	Plus d'un an.	Lichen plan aigu néralisé.
Petges (G.). Observation XIX.	11 ans 1/2.	F	Faible et anémique.	—	Lichen plan ch- nique, corné.
Saintou et Bunier. Observation XIII.	6 ans 1/2.	M	Adénoidien.	6 mois.	Buccales (sans sions cutanées)
Observation XIV.	9 ans.	M	Anémique. Mère ner- veuse (hérédité) ?	1 mois.	Lichen plan aigu néralisé.

LÉSIONS	SIGNES SUBJECTIFS (PRURIT)	COMPLICATIONS	TRAITEMENT	DURÉE
Intense.	Intense.	Vésicules de la région lombaire.	Arsenic.	10 semaines.
—	Violent.	Ganglions tuméfiés aux aines.	Onguent de Wilkinson. Arsenic. Toniques.	—
—	Constant.	—	Pâte de zinc et goudron. Arrhénal.	6 semaines.
—	—	—	Antisyphilitique. (Sans résultat.)	1 an.
—	—	—	—	—
—	Intense.	—	Onctions d'huile. Toniques.	—
—	—	—	Pommade d'acide salicylique. Toniques.	—
—	Assez intense.	—	—	—
—	Peu.	Impétigo. Contagiosa.	—	—
—	Modéré.	—	Arsenic. Fortifiants. Raclage.	—
—	—	Vésicules.	—	—
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—
—	Intense.	—	Arsenic. Sirop de rhubarbe et de chicorée composée. Pâte de zinc phéniquée 1 0/0.	7 semaines.
—	Vif.	—	—	—
Lésions de paumes des mains, de plante des pieds.	Intense.	—	Pâte de zinc phéniquée. Goudron.	11 semaines.
—	Sévère.	—	Pâte de zinc phéniquée à 1 0/0.	8 semaines.
—	—	—	Douches chaudes en pluie. Pâte de zinc phéniquée. Goudron. Coaltar. Liqueur de Donovan.	—
Lichen plan langue et face interne des joues.	—	—	—	—
Lésions du cuir chevelu, de paume et de plante.	Intense.	—	Injectons d'« arsenom ».	—

La lecture des observations mentionnées plus haut, soit originales, soit de sources diverses, prouve le bien-fondé de nos idées et permet cette conviction : le lichen plan existe et peut être observé à tous les âges de l'enfance, bien que ce n'en soit pas une affection fréquente. C'est une réponse à l'opinion de quelques auteurs anglais qui pensent que le lichen plan observé et considéré par les dermatologistes ne serait qu'une modalité du strophulus. Il est désormais admis et démontré que le lichen plan infantile est une entité morbide propre à cet âge. Il nous semble superflu d'engager la discussion sur ce problème. Mais il existe bien aussi des cas de strophulus rappelant le lichen plan.

Quelques points doivent être précisés : L'existence d'un lichen plan vrai, chez les enfants, nous permet de douter de l'origine nerveuse fortement invoquée par les auteurs anglais. Nous avons rapporté quelques cas assez nets pour lesquels il n'était absolument pas permis de retrouver une semblable cause. Nos petits malades jouissaient d'une parfaite santé jusqu'au jour où apparut leur éruption. Il nous resterait en somme à attribuer l'étiologie du lichen plan à un agent inconnu à l'heure actuelle.

Les statistiques qui ont tenté d'établir une influence de l'âge sur le lichen plan infantile nous laissent dans l'indécision. Il ne nous semble pas que, dans telle période de l'âge, les enfants seraient plus particulièrement atteints.

Il ressort des publications lues par nous qu'une prédominance de cette affection serait marquée dans le sexe masculin. Nos observations, trop peu nombreuses il est vrai pour établir de tels points, démentiraient notre assertion.

Au point de vue clinique, la plupart des auteurs attirent notre attention sur la forme spéciale du lichen plan chez les enfants, caractérisée par un début brusque, une éruption généralisée, une évolution rapide et une courte durée. Le prurit, qui se présente dans la majorité des cas, est souvent très intense et constitue un moyen pour faire le diagnostic du lichen plan infantile. Cette forme présente quelquefois de sérieuses difficultés

pour le diagnostic différentiel, notamment le strophulus, le prurigo et les syphilides papuleuses. Nous en parlerons plus loin.

Les observations de cas compliqués, atypiques, sont encore plus rares. Il nous a paru intéressant de publier celles que nous avons pu recueillir.

La guérison spontanée du lichen plan infantile est de règle et s'établit en quelques mois. Cependant, il est avantageux de le soumettre à un traitement qui en raccourcit considérablement la durée et, de ce fait, en évite les complications.

Le meilleur traitement consiste dans l'application de pommades ou de pâtes à base d'oxyde de zinc, suivant les formules classiques, avec adjonction d'acide phénique qui calme bien le prurit et ne présente pas, en pommades, les dangers des solutions.

CHAPITRE III

Symptomatologie.

Le lichen plan, quand il est rencontré chez les enfants, prend généralement les mêmes caractères, le même développement, et suit la même évolution que chez les adultes. Pas toujours cependant : il existe une forme toute particulière du lichen plan de l'enfance, décrite par T.-C. Fox, Crocker et d'autres auteurs, forme dont nous parlerons plus loin.

Cette dermatose est caractérisée par un élément éruptif sail-
lant, limité par les plis de la peau, de la dimension d'un grain
de millet à une tête d'épingle, souvent représenté à l'état nais-
sant par un point minuscule qu'il faut rechercher à la loupe;
sa forme est aplatie, polygonale; sa surface, lisse, brillante et
miroitante, comparée par Kaposi à de la cire, est légèrement dé-
primée au centre, parfois nettement ombiliquée; elle est sèche
et a une consistance dure; sa coloration varie de la teinte rose
jaunâtre jusqu'au rouge fauve ou violacé. Parfois, une mince
squame, très adhérente, recouvre le sommet de la papule. Les
papules, dès le début, s'accroissent progressivement et elles
restent isolées si l'éruption est discrète. Cependant, dans la
grande majorité des cas, elles se multiplient et ont une tendance
à se grouper et à former des plaques et des placards arrondis,
ovulaires, ou de forme irrégulière, de couleur rouge bistre ou
brunâtre, recouverts parfois de squames fines, très adhérentes,
mais souvent peu visibles. Si on passe la main sur ces plaques
papuleuses, on éprouve la sensation d'une surface rugueuse,
granuleuse, ressemblant un peu à la peau de chagrin. Sur leurs
bords, qui sont plus épais qu'au centre, on peut voir quelque-
fois les papules primitives. Parfois, les plaques confluent et se

serrent les unes contre les autres et prennent un aspect « en mosaïque ».

A ces signes, qui sont déjà caractéristiques et spécifiques, nous allons voir s'ajouter un autre caractère, décrit et appelé par Wickham le « signe du réseau ». Il est très évident quand les papules sont bien développées et se réunissent pour former des plaques. Ce signe est caractérisé par la présence de stries blanches ou de ponctuations opalines, blanchâtres et grisâtres. Les stries et les ponctuations dessinent à la surface des papules un réseau ou des arborisations nœdulaires, ou des étoiles sur un fond rosé.

Les papules peuvent commencer d'abord par les poignets à leur surface antérieure, les avant-bras, les jambes, puis elles se disséminent sur tout le corps; mais aussi on peut les voir se localiser sur l'abdomen, la région lombaire, le cou, les organes génitaux, les régions palmaires et plantaires, la muqueuse buccale, etc.; plus rarement à la face et très exceptionnellement sur le cuir chevelu. Dans le lichen de la muqueuse buccale, l'éruption se présente sous forme soit de plaques, soit de traînées, de petites ponctuations blanches minuscules qui, peu à peu, se groupent de manière à former un véritable lacs de stries blanches avec une direction antéro-postérieure en général. Cette éruption, si elle se trouve à la face interne des joues, siège le plus souvent à la hauteur des dernières molaires.

Dans les formes aiguës, le lichen plan a une marche rapide, avec phénomènes congestifs presque inflammatoires; les papules se produisent en abondance et en quelques jours elles peuvent recouvrir toute la surface du corps. Elles sont alors d'un rouge vif et leurs facettes brillantes sont moins nettes. Au niveau des papules, le derme est infiltré et épaissi.

Le lichen plan infantile est une forme spéciale. L'éruption qui est constituée par un semis de papules minuscules affecte une marche aiguë. Ces éléments peu saillants, d'une nuance rouge brunâtre ou violacée, siègent généralement au niveau d'un follicule pileux; leur forme est arrondie ou angulaire; la

papule est quelquefois au début acuminée, mais le sommet semble s'affaïsser rapidement et en peu de temps elle devient plate, brillante, polygonale et souvent ombiliquée, parfois surmontée d'un cône épidermique ou recouverte d'une petite squame. Comme d'habitude, les papules commencent par la face antérieure des poignets, des avant-bras, les jambes, et, en quelques semaines, même en quelques jours, elles se disséminent sur le tronc, les membres et même la face, respectent en général les plis de flexion et souvent elles se groupent pour former des plaques quadrillées, pigmentées et squameuses. La durée de cette dermatose infantile est de quelques mois.

« Le prurit, dans le lichen plan, est généralement plus ou moins intense, mais avec cette réserve qu'il y a des exceptions, comme dit Kaposi; il est très actif pendant la période floride d'un élément, s'apaise dans le déclin et disparaît à la période maculeusé ». Pour notre maître, M. le professeur Dubreuilh, l'intensité des démangeaisons est en rapport plutôt avec la réaction nerveuse du malade qu'avec la forme ou l'abondance de l'éruption. Quand la lésion siège sur les muqueuses, surtout buccales, elle est presque toujours indolore.

La réaction générale de l'organisme peut faire défaut. Si elle se présente, l'intensité est en rapport avec le degré de l'éruption. Il est évident qu'une éruption très étendue, occupant de grandes surfaces des téguments, peut être accompagnée de phénomènes généraux plus intenses qu'une éruption discrète. Les crises de prurit, violentes et répétées, surtout dans les cas aigus, peuvent donner au malade une sensation très désagréable. Le grattage, qui a pour but de satisfaire cette sensation, augmente sans cesse et devient une cause d'insomnie, d'amaigrissement, etc., etc. Souvent aussi, le grattage, qui est un agent de l'extension du lichen plan, provoque une infection secondaire surajoutée.

Signalons, enfin, qu'il y a des modifications du sang chez les sujets atteints de lichen plan. Pontoppidan, dans son récent travail sur des cas de lichen plan, a trouvé les globules rouges normaux, les globules blancs tantôt normaux en nombre, tan-

tôt diminués, tantôt augmentés. Cependant, il y avait une certaine lymphocytose.

Formes cliniques.

Chez l'enfant, comme chez l'adulte, il existe plusieurs variétés de lichen plan, dues à ce que sa papule est susceptible de prendre des aspects différents : les modifications de volume, de forme, d'évolution des éléments éruptifs.

1. **Lichen zoniforme** : caractérisé par une éruption de papules en séries linéaires affectant la même disposition générale que le zona. Mariani a observé un cas de lichen verruqueux zoniforme bilatéral chez un enfant de 14 mois (voir observation XII).

2. **Lichen strié ou linéaire** : représenté par une éruption de bandes linéaires. De nombreux cas ont été signalés par divers auteurs : Hallopeau et Gardner, chez un enfant âgé de 10 ans, avec éruption en bandes linéaires siégeant sur le membre inférieur gauche ; G. Little, chez une fillette de 4 ans (voir observation XI).

D'après G. Little, le lichen strié, ou plus simplement le lichen linéaire, est le plus fréquent chez les enfants. Sur les 13 cas de lichen linéaire de sa statistique, 5 cas concernent des enfants au-dessous de 12 ans. Une autre statistique du même auteur a montré que, sur 13 cas de lichen plan de l'enfance chez 8 filles et 4 garçons au-dessous de 12 ans, le plus grand nombre concernait des cas de lichen linéaire. Il a signalé quelques caractères qui méritent d'être mentionnés dans les cas de ce genre :

a) L'éruption est asymétrique et exceptionnellement bilatérale.

b) Elle est fréquente chez les enfants.

c) La localisation sur les membres inférieurs s'observe dans les 5/6^{es} des cas.

d) La résistance au traitement est fréquente.

3. **Lichen annulaire**: caractérisé par des anneaux que l'on peut observer de temps en temps chez les enfants. Cette forme annulaire, à centre pigmenté, siège surtout sur les parties génitales, à la face interne des bras, le bas ventre et près des plis articulaires. D'après Cavafy et Brooke, ces anneaux prendraient naissance de deux manières, soit par confluence des papules, soit par extension graduelle périphérique avec régression du centre. Cette forme, si elle est localisée, « peut dérouter et dérouter souvent le médecin, comme dit Kaposi, le menant régulièrement au diagnostic des syphilides circinées secondaires » que nous allons décrire plus loin à propos du diagnostic différentiel. Une intéressante observation a été publiée par J. Galloway (voir observation VI). Notons que le cas rappelle assez bien la description et la localisation du granulome annulaire.

4. **Lichen des muqueuses buccales ou génitales**: le lichen plan des muqueuses réclame une attention toute particulière en raison de sa fréquence et de la difficulté de son diagnostic. Crocker a publié une observation de lichen plan à la face interne de la vulve chez une fillette de 3 ans et demi. Il a pensé que ces lésions muqueuses pourraient précéder l'éruption cutanée pendant des semaines ou des mois. Sainton et Burnier ont signalé un cas de lichen plan buccal sans lésion cutanée chez un enfant de 6 ans et demi (voir observation XIII). Eddows a vu un enfant névropathe, âgé de 4 ans et demi, qui présentait une éruption de la même région, comme dans le cas précédent, apparue deux semaines après une opération portant sur le nez.

5. **Lichen palmaire et plantaire**: caractérisé par des papules qui sont quelquefois cornées et qui, au début, ressemblent parfois à des taches d'un blanc jaunâtre. Elles simulent des vésicules ou des vésico-pustules et offrent de sérieuses difficultés de diagnostic avec le psoriasis, l'eczéma sec, les syphilides, etc., de la même région (voir observations XVII et XIV). D'autres cas ont été publiés par Rôna, Crouquist, etc., chez les enfants dont quelques-uns avaient de l'éruption généralisée.

6. **Lichen des ongles** : les observations de ce genre sont encore rares. Money a publié un cas de lichen plan chez un garçon de 10 ans dont la lésion était généralisée sur tout le corps, dans la bouche et atteignait les ongles (voir aussi notre observation XIV).

7. **Lichen du cuir chevelu** : le lichen plan du cuir chevelu est tout à fait exceptionnel, chez les enfants comme chez les adultes. Cependant, un cas de cette variété a été signalé par Kiess dans le *Dermatologische Zeitschrift*, 1921, t. XXXIII, p. 148, observation n° 36. Nous ne voulons pas laisser passer cette observation sans la faire connaître (voir observation XIV).

Formes atypiques.

A côté des cas de lichen plan que nous avons relatés, dans lesquels on trouve des papules typiques, on peut en observer d'autres qui présentent bien l'aspect général du lichen plan, mais dont le type est plus ou moins modifié au point de vue du volume, de la forme, de la consistance, de l'évolution, de la papule primitive. Ils sont considérés comme des lichens plans atypiques et appelés : lichen obtusus d'Unna; lichen nitidus de Pinkus; lichen variegatus de l'école anglaise; lichen atrophique de Kaposi, décrit aussi par Hallopeau; lichen hypertrophique ou lichen verruqueux, etc. Ces dermatoses sont les unes en rapport avec le lichen plan de Wilson, les autres probablement indépendantes; et d'ailleurs, à l'heure actuelle, ces formes atypiques sont le sujet de discussions et ne sont pas encore bien classées dans des groupes nosographiques. Comme exemple, il suffit de citer les quelques cas suivants :

Lemoine a publié un cas de lichen plan hypertrophique chez un garçon de 11 ans et demi, avec plaques développées sur les membres inférieurs (voir observation IX). Whitefield a observé, chez un garçon, des lésions hypertrophiées localisées sur le poignet droit et sur les membres inférieurs. D. Corbett a signalé aussi un cas chez une fillette de 15 ans. Les lésions siégeaient

sur la face antérieure de l'avant-bras droit, intéressant en même temps une partie de l'éminence thénar de la main droite.

Complications.

Le lichen plan ne provoque généralement pas de complications. C'est surtout dans les cas aigus et chez les enfants chétifs, émaciés ou rachitiques, que l'on peut voir survenir des poussées vésiculeuses, des éruptions vésiculo-bulleuses, infectées ou impétiginées, des bulles pemphigoïdes. Depuis que Kaposi a signalé l'existence de formes bulleuses du lichen plan, d'autres observations de même nature ont été publiées par divers auteurs : Hallopeau et Transtour, chez une fillette de 6 ans (voir observation VIII); Lilienthal, chez un nourrisson de 11 semaines (voir observation X); Bettmann, chez une fillette de 12 ans. Hutchius a observé un garçonnet âgé de 6 ans, qui a présenté une poussée de lichen plan d'une durée d'un mois. Les papules lichénoïdes furent remplacées par une éruption vésiculo-bulleuse, rapidement infectée, dans laquelle on trouva du staphylocoque doré.

Une autre complication a été signalée. Le lichen plan peut s'accompagner de tuméfactions ganglionnaires. G. Little a rapporté un cas chez une fillette âgée de 9 ans, qui, 2 semaines après le début d'une éruption d'abord localisée sur la nuque, puis généralisée, a présenté des ganglions tuméfiés dans les régions axillaires et inguinales. Ces gros ganglions étaient visibles à l'œil nu et il n'existait pas de prurit. L'éruption était sèche, et il n'y avait ni suppuration, ni excoriation de grattage.

Les complications sus-mentionnées ont suggéré les hypothèses suivantes :

- a) Coexistence d'une autre affection;
- b) Transformation locale pendant le développement de cette maladie (lichen plan atypique);
- c) Infections secondaires à la suite du grattage;
- d) Cause médicamenteuse (arsenic).

Cette dernière hypothèse a été mise en lumière par le cas de Bettmann (voir observation I), dans lequel la complication survient après un traitement par la liqueur de Fowler. Mais on peut se demander s'il ne s'agissait pas d'une évolution circonscrite spéciale du lichen plan, puisqu'il n'y avait pas d'autres signes d'intoxication par la médication arsenicale chez cette petite malade.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique.

Il est intéressant de rappeler la structure anatomique de la lésion élémentaire du lichen plan, car cette étude nous montre que le lichen plan est une des maladies les plus autonomes et les plus spéciales et les plus individualisées de la dermatologie.

L'étude suivante, due à M. Sabouraud, envisage les divers éléments de cette dermatose aux divers stades de leur évolution et permet de voir comment ils se développent et quel est le point de départ des lésions microscopiques.

Et tout d'abord, en quel point de la peau débute la papule du lichen plan ? Certains auteurs ont pensé qu'elle se produisait autour du canal excréteur d'une glande sudoripare. Mais d'après Török et Sabouraud, qui ont bien étudié la question, cette origine serait fortuite. La lésion se produit dans le voisinage immédiat du réseau vasculaire sous-papillaire. La lésion du lichen plan est donc au début une lésion des papilles du corps papillaire du derme, caractérisée par un afflux de monocytes, par de l'œdème et de temps en temps par de petites suffusions sanguines. Quand l'infiltrat est constitué, les papilles se réunissent et forment une seule masse entre le chorion qui est intact et l'épiderme qui est aminci.

L'épiderme, qui est sous l'influence de la réaction de voisinage, s'épaissit au début de la maladie, puis s'amincit quand la lésion est constituée. D'après Sabouraud, au niveau des papules, l'épiderme présente deux caractères : « de l'hyperkératose se traduisant par une fine desquamation de surface et un épaissement marqué, ordinairement irrégulier, de la couche gra-

nuleuse dont les cellules sont criblées de granulations d'éléidine. »

On note aussi la tendance de la lésion à présenter, non seulement au centre d'une papule mais aussi autour d'elle, de l'œdème et des suffusions séreuses qui se produisent d'abord au-dessous de l'épiderme, ensuite dans son épaisseur.

Ultérieurement, se forme l'infiltrat du corps papillaire qui constitue la papule du lichen plan. Cette dernière est formée tout entière de cellules monotypiques et uninucléaires. La papule ainsi infiltrée de ces éléments devient œdémateuse et hypertrophiée; elle doit donc se faire place aux dépens des tissus voisins. Elle prend l'aspect d'un véritable bourgeonnement de tissu nouveau qui repousse l'épiderme, le pénètre, le dissocie et, enfin, provoque des suffusions séreuses disséminées dans l'épaisseur de l'épiderme.

Dans la couche épidermique profonde, les cellules basales peuvent montrer de la dégénérescence colloïde. Beaucoup sont déformées et certaines se transforment quelquefois en cellules géantes, cellules que l'on rencontre, surtout lorsque les amas de papules du lichen plan ont une couleur lie de vin, entourées d'une aréole pourpre.

Si nous examinons les couches profondes de la lésion, nous y voyons des lésions typiques du lichen plan, caractérisées par les prolongements épidermiques interpapillaires, l'élargissement des papilles arrondies et amplifiées et les formations bourgeonnantes qui empiètent sur le derme et finissent par le morceler.

Certains auteurs pensent que les fragments d'épiderme ainsi dissocié sont résorbés. Mais souvent les cellules de ces fragments se réunissent en amas de cellules épithélioïdes.

Tels sont les différents caractères des lésions anatomiques du lichen plan dont l'étude nous fournit des renseignements importants.

CHAPITRE V

Étiologie et pathogénie.

Nous parlerons surtout des causes invoquées à l'origine du lichen plan chez les enfants, puisqu'il est incontestablement établi par l'historique et les observations citées dans ce travail qu'il existe bien un lichen plan infantile.

Age : Le lichen plan est une maladie de l'âge adulte. Il survient chez les sujets entre 30 et 40 ans. Chez les enfants, il est rare. Charles J. White a donné dans son analyse de 64 cas de lichen plan le tableau suivant :

De 10 à 20 ans.....	2 cas;
De 20 à 30 ans.....	7 cas;
De 30 à 40 ans.....	17 cas;
De 40 à 50 ans.....	15 cas;
De 50 à 60 ans.....	10 cas;
De 60 à 70 ans.....	9 cas;
De 70 à 80 ans.....	3 cas;
De 80 à 90 ans.....	4 cas.

Dans le tableau ci-dessus, la maladie est plus fréquente à l'âge de 30 à 60 ans. La plus âgée des malades avait 85 ans et la plus jeune était âgée de 14 ans.

De 148 cas de lichen plan étudiés par George D. Culver, nous tirons le tableau ci-dessous :

Au-dessous de 10 ans.	4 cas;
Entre 10 et 20 ans....	6 cas;
Entre 40 et 50 ans....	31 cas;
Entre 50 et 60 ans....	20 cas;
Entre 60 et 70 ans....	12 cas;
Entre 70 et 80 ans....	6 cas;
Au-dessus de 80 ans..	2 cas.

Ce tableau démontre la plus grande fréquence de cette maladie entre 40 et 50 ans. La plus jeune malade était âgée de trois mois et la plus âgée de 87 ans.

De 89 cas signalés par O. Kiess, exclusion faite d'un cas ayant dépassé 15 ans et de 3 cas dont l'âge n'était pas mentionné, nous produirons le tableau suivant :

1 ^{re} année.....	7 cas.	9 ^e année.....	10 cas.
2 ^e année.....	8 »	10 ^e année.....	10 »
3 ^e année.....	3 »	11 ^e année.....	4 »
4 ^e année.....	4 »	12 ^e année.....	8 »
5 ^e année.....	6 »	13 ^e année.....	4 »
6 ^e année.....	8 »	14 ^e année.....	4 »
7 ^e année.....	3 »	15 ^e année.....	1 »
8 ^e année.....	5 »		

Le plus jeune des malades de ce tableau était âgé de 11 semaines et vraisemblablement son affection remontait à la deuxième semaine (voir observation X).

Sexe : En considérant l'influence du sexe dans les 89 cas rapportés par O. Kiess (après avoir éliminé 20 cas dont un ayant dépassé 15 ans, 16 cas où les sexes n'étaient pas mentionnés et 3 cas chez les nourrissons), nous trouvons 40 garçons pour 29 filles, d'où une prédominance du sexe masculin dans la proportion de 4 à 3 qui mérite d'être prise en considération en dépit du grand nombre de cas où le sexe n'était pas indiqué. G. Little est de l'opinion contraire et donne une proportion de 2 filles pour 1 garçon; mais les autres avis que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale anglaise donnent la proportion de 9 filles pour 16 garçons, sauf 4 cas où le sexe n'était pas mentionné, presque exactement le contraire de ce que dit G. Little. Il faut considérer cependant que G. Little place la limite de l'enfance à 12 ans et non à 14 ans. Crocker cite aussi 7 garçons pour 4 filles. La proportion de Kiess est de 8 garçons pour 3 filles.

Si nous rapprochons ce chiffre concernant les enfants (40 garçons, 29 filles) de ceux relatifs aux adultes, on voit que le nombre des hommes atteints de lichen plan l'emporte sur celui des femmes. Sur 151 cas enregistrés dans la clinique de Kiess depuis 1896, il y avait 92 hommes et 59 femmes, donc une différence importante en faveur des hommes. Cette opinion est valable pour tout le continent européen. Pour l'Angleterre et l'Amérique, c'est l'inverse qui serait vrai d'après Jackson. Malcolm Morris et Sequeira accordent aussi une prédominance certaine au sexe féminin. G. Little trouve, sur 270 cas, 271 femmes et 29 hommes. Charles J. White a fait une statistique de 38 femmes pour 26 hommes dans son étude de 64 cas de lichen plan. Cependant dans la statistique de George D. Culver il y avait sur 148 cas 82 hommes et 66 femmes. Enfin, Kaposi a dit que parmi les sujets atteints de lichen plan, il y avait deux tiers d'hommes et un tiers de femmes.

Climat et saisons : Le lichen plan, d'après Colcott Fox, s'observe plus souvent en été. Les médecins anglais des hôpitaux d'enfants ont remarqué qu'au moment où il commence à faire chaud les enfants rachitiques sont couverts de « miliaire » décrit par Hutchinson sous le nom de « Lichen Infantum » dans son ouvrage « Atlas of Skin Diseases ».

Race : La race a peut-être une influence sur le lichen plan. Les 89 cas relevés dans le travail de Kiess se partagent selon les nationalités suivantes :

Angleterre, 29 cas (dont un hindou).
Allemagne, 18 cas.
Autriche, 15 cas.
Amérique, 13 cas (dont un italien, un métis).
France, 7 cas.
Hongrie, 2 cas.

Suède, 2 cas.

Russie, 1 cas.

Pologne, 1 cas.

Italie, 1 cas.

La fréquence du lichen plan paraît plus grande dans la race germanique que dans les races latine et slave. Cette opinion a été confirmée par Pospelows, Minuti, Sechi et Terra, qui proclament la rareté du lichen plan en Russie et en Italie. Boeck est d'avis que cette rareté s'applique aussi à la Norvège.

Beaucoup de dermatologistes considèrent que le système nerveux joue un grand rôle dans son développement. Cette manière de voir a été défendue par les auteurs anglais et Colcott Fox a insisté fermement sur ce point. Certains enfants, à la suite d'un choc, d'une fatigue ou d'une émotion quelconque, peuvent présenter une éruption de lichen plan, soit aiguë ou généralisée, soit localisée ou chronique d'emblée. Mais comment peut-on expliquer cette origine nerveuse dans les cas où le lichen plan a été signalé chez des enfants ou chez des nourrissons bien portants et qui n'ont jamais eu de maladies auparavant ? C'est pour cette raison que les auteurs cherchent d'autres causes et ils ont suscité des hypothèses variées, étayées le plus souvent sur des faits trop spéciaux, ou en tout cas trop particuliers.

Intoxications. — Auto-intoxications : Brooker, Crocker et d'autres auteurs ont cru remarquer que le lichen plan est dû à une influence toxique agissant sur les nerfs. Leredde et d'autres soutinrent également la théorie autotoxique. Cette hypothèse s'explique par des troubles digestifs se traduisant par l'irritabilité de la peau, les poussées successives de l'éruption avec intervalles de calme. La constipation, la diarrhée ont été signalées chez les sujets atteints de lichen plan. Schütz, Mayer et d'autres auteurs ont observé que la gastro-entérite donnait essor à une éruption de lichen plan chez les enfants. Ces troubles sont provoqués ou entretenus d'ordinaire par une alimen-

tation trop abondante, mal réglée ou mal appropriée à l'âge; les nourrissons lètent trop souvent, irrégulièrement, ou bien dès la seconde année sont soumis à l'alimentation commune.

Crocker considère que l'enfant affaibli, anémique ou rachitique est prédisposé au lichen plan. Chez ces jeunes malades, une exposition subite au froid au moment d'une transpiration abondante est la cause déterminante de cette affection.

Théorie microbienne : D'autres auteurs, comme Unna, Lassar, Hallopeau, Nobs, Pollitzer, etc., ont pensé que le lichen plan a une origine microbienne et, par conséquent, est une affection contagieuse. Cette théorie est basée sur les faits suivants :

1. Lassar a prétendu avoir trouvé de petits micro-organismes dans les espaces lymphatiques du derme. Mais jusqu'à présent, le fait n'a pas été prouvé. Ni Weyl, ni Köbner, ni Böeck, ni Giber et Preisz, à la suite des mêmes recherches que Lassar, n'ont trouvé les traces de ces bactéries.

2. Janselme a eu l'occasion d'inoculer au bras d'un malade atteint de lichen plan le produit du grattage d'une papule. Il a fait en même temps sur l'autre bras une scarification-témoin. Les deux points ainsi inoculés étaient protégés sous des verres. Quelque temps après, des papules apparurent aussi bien à droite qu'à gauche.

3. Engman et Mook et d'autres ont attiré l'attention sur ce fait que le caractère granuleux de la lésion du lichen plan est en faveur de la théorie infectieuse.

4. Thibierge vient d'exposer une conception bien particulière de l'étiologie microbienne du lichen plan. Elle est basée sur le fait que l'éruption ne récidive que rarement, qu'elle semble provoquer une immunité dans l'organisme. Il est allé plus loin en disant que non seulement le lichen plan est une affection infectieuse, mais qu'il serait, de plus, engendré par un agent spécifique.

Hérédité : Jadassoh a observé plusieurs cas familiaux de lichen plan. Dans quelques-uns de ces cas, il s'agissait de

la mère et de la fille ou du fils. En 1906, Bettmann a rapporté dix-huit cas de lichen familial et Montgomery a pu, en 1919, réunir vingt-cinq cas familiaux. Veiel a vu, en 1908, une famille composée du père, de la mère et de deux enfants; sauf la mère qui fut indemne, les trois autres furent atteints presque simultanément par cette dermatose. Wende a observé le cas d'un nourrisson de 10 mois dont la mère présenta en même temps le lichen plan également typique. Stowers a remarqué une éruption de lichen plan chez deux sœurs; Galewsky chez deux garçons; Brooke chez deux frères et un oncle, etc.

L'hérédité est fréquemment incriminée, mais elle est insuffisamment démontrée dans les cas où elle a été invoquée. Quelques auteurs ont pensé à l'existence possible de tares diathésiques : on observe cette dermatose chez les arthritiques, les diabétiques et les rhumatisants. Lavergne déclare que le lichen plan n'est ni héréditaire, ni contagieux, mais il incrimine l'arthritisme dans la moitié des cas.

Hérédo-syphilis : Colcott Fox a invoqué l'hérédo-syphilis comme cause favorisante du lichen plan infantile. Mais Crocker et d'autres auteurs ont vu des cas chez des enfants qui ne sont certainement pas syphilitiques. Pour Crocker, les hérédo-syphilitiques qui s'exposent subitement au froid au moment d'une grande transpiration sont souvent atteints de lichen plan; dès lors l'hérédo-syphilis ne serait pas la cause directe de cette affection, mais une simple cause prédisposante.

Traumatisme : G. Little s'est demandé si le lichen plan ne serait pas le résultat d'un traumatisme provoqué par des agents irritants. Plusieurs cas de ce genre ont été signalés par lui. D'après Jacquet, l'éruption de lichen plan est secondaire au grattage dans tous les cas.

Carie dentaire : Récemment, Chipman a analysé une série de huit cas de lichen plan dans lesquels il a trouvé des foyers

de carie dentaire chez tous les malades, et la guérison a été obtenue par des soins dentaires appropriés et complets. Mais après investigation de G. Little, cette hypothèse a été rejetée.

Hygiène : Les conditions hygiéniques peuvent favoriser l'éclosion du lichen plan et de nombreux dermatologistes en ont vu des cas chez des enfants de classes pauvres. L'impureté de l'air, la mauvaise hygiène de la peau et la mauvaise qualité des aliments peuvent être une cause chez les enfants prédisposés.

En résumé, l'étiologie du lichen plan est aussi vague et aussi obscure que mystérieuse. Il est vrai que cette dermatose survient souvent chez des sujets nerveux, irritables, à la suite d'agitations violentes, de « secousse » morale ou physique, de préoccupations excessives, etc. Mais ce « nervosisme » peut faire défaut et on ne peut pas se contenter de l'explication fournie par la théorie nerveuse. N'est-il pas possible de considérer au moins les cas familiaux comme des cas de contagion bien que nous soyons dans l'ignorance absolue du mode de contagion et de la durée de l'infection ? Mais tant que l'agent pathogène n'est pas isolé, ou tant que l'inoculation n'a pas reproduit systématiquement la maladie, la question reste ouverte.

CHAPITRE IV

Diagnostic. Evolution. Pronostic.

Les papules au début du lichen plan sont tout à fait caractéristiques dans les cas typiques et le diagnostic ne soulève pas de grandes difficultés. Cependant, dans quelques cas, surtout dans certaines formes aiguës, chez les jeunes enfants présentant de petits éléments cutanés et la coexistence d'une autre maladie, dans les cas atypiques et enfin dans les cas anciens avec des papules effacées, en voie de régression et avec des pigmentations consécutives, le diagnostic devient très difficile et quelquefois impossible.

Au point de vue du diagnostic, plusieurs dermatoses papuleuses ou prurigineuses infantiles peuvent être confondues avec le lichen plan.

1. **Les syphilides papuleuses** peuvent simuler fréquemment une éruption de lichen plan, surtout au moment de l'évolution et plus rarement au début de l'éruption. Tilbury Fox, en 1876, publia une intéressante observation de lichen plan chez un enfant en faisant remarquer qu'elle simulait à s'y méprendre une syphilide papuleuse (voir observation V). Mais les syphilides papuleuses n'ont pas les éléments propres du lichen plan. Elles sont presque toujours squameuses et abondantes et peuvent se disséminer sur la face, ce qui est rare dans le lichen plan. Elles ne donnent lieu à aucun prurit accentué, sauf dans certaines régions du corps (au niveau du scrotum, du pubis), comme l'ont signalé Fournier, Brocq, Renault. Les syphilides récidivent assez volontiers dans le cours de la première année surtout, et chez les malades insuffisamment traités. La confusion sera

beaucoup plus fréquente encore entre le lichen plan et la syphilis quand l'éruption du lichen prend la forme circinée. Dans ces cas, il faut chercher une papule isolée autour des plaques principales pour bien déterminer les caractères. Le lichen plan circiné peut être reconnu par la coloration pigmentée du centre, la formation d'une collerette par des papules aplaties, brillantes, quelquefois ombiliquées, et surtout l'absence constante de papule centrale au milieu même de la circination, signe capital de certaines formes de syphilides circinées secondaires. De plus, les syphilides ne sont pas prurigineuses et siègent de préférence à la face, aux pieds et aux mains.

Le diagnostic est également difficile entre la pigmentation consécutive aux syphilides et les taches pigmentées qui succèdent à la guérison des plaques de lichen. Ces deux sortes de pigmentation se ressemblent beaucoup et l'on ne peut arriver à faire le diagnostic que par la recherche des antécédents, par les renseignements donnés par le malade sur le caractère primitif de son éruption et par l'examen des autres régions du corps qui permet de rechercher des lésions ou des traces de syphilis. Enfin, la réaction de Bordet-Wassermann et le traitement d'épreuve peuvent rendre de grands services dans les cas douteux.

2. Prurit et prurigo : Le prurit est un trouble de la sensibilité cutanée sans aucune lésion appréciable à l'œil nu du côté des téguments qui ne s'altèrent que plus tard sous l'influence des grattages. La papule lichénoïde du prurit est une sorte de saille rarement rouge vif, de forme irrégulière et de contour assez mal limité, ce qui la distingue de la papule initiale du lichen plan.

Le prurigo, en général, débute par une éruption urticarienne. La papule est un peu plus grosse que celle du lichen plan; sa forme est tronconique, à sommet arrondi ou hémisphérique, rarement plan. Elle est pâle et son contour est assez mal limité. Suivant les auteurs, son sommet pourrait se couronner d'une vésicule qui serait remplacée par une croûte sanguine.

après le grattage. Un autre fait remarquable, c'est que les récidives sont assez souvent observées dans le prurigo tandis qu'elles ne le sont que très rarement dans le lichen plan.

3. **Le strophulus** est considéré par beaucoup de dermatologistes comme une modalité infantile des prurigos. Il est infiniment plus fréquent dans la première enfance. D'après notre maître, M. le professeur Dubreuilh, les trois quarts des cas surviendraient dans les deux premières années. Passé 16 ans, il devient de plus en plus rare.

La papule du strophulus est une élevation d'aspect urticarien au début, du volume d'une tête d'épingle. Lorsqu'elle est en voie de régression après la disparition de l'élevation urticarienne et lorsque la croûte qui la surmonte vient de tomber, la papule présente un sommet plan, luisant et lisse, qui lui donne un aspect tout à fait semblable à la papule du lichen plan. Le prurit qui existe dans les deux cas peut encore rendre le diagnostic plus difficile. Colcott Fox a admis que la forme décrite par lui en 1891 dans « *The British Journal of Dermatology* » sous le nom de « lichen planus infantile » était simplement et vraiment une forme de strophulus appelé par les auteurs anglais le « lichen urticatus », dans lequel les papules au déclin prennent l'aspect brillant avec un sommet aplati simulant celui du lichen plan. G. Little, qui est de l'avis de Colcott Fox, a vu un cas chez un enfant de 2 ans et demi, chez lequel une éruption fut considérée comme du lichen plan, mais un peu plus tard, l'évolution fit porter le diagnostic de strophulus. Cet auteur a pensé aussi que Galloway (un cas de 15 mois, *Brit. Journ. Derm.*, vol. 9, p. 232), Duckworth (un cas de 18 mois, vol. 8, p. 219) et Stowers (un cas de 10 mois, vol. 11, p. 127) ont commis probablement la même erreur. Mais on sait que le strophulus a une éruption moins abondante, son évolution est plus rapide et l'on trouve toujours des papules à divers stades qui facilitent le diagnostic. Les poussées éruptives de strophulus sont souvent nocturnes, les éléments les plus jeunes ont un aspect ortié et conique, tandis que les éléments plus âgés sont

surmontés d'une croûte brune ou noire. Comme lieu d'élection, la paume des mains et la plante des pieds sont presque toujours respectées contrairement au lichen plan, bien que ce dernier ne se rencontre pas toujours dans cette région. Un examen de la bouche, si possible, doit être fait dans les cas douteux, car un lichen plan cutané peut s'accompagner de lésions de la muqueuse buccale.

Notre maître, M. le professeur Petges, nous a montré plusieurs enfants chez lesquels les lésions de strophulus étaient des plus rares et des plus frustes et qui présentaient surtout des papules lichénoïdes rappelant, à s'y méprendre, celles du lichen plan. Dans ce cas, la constatation de quelques papules urticairenes de strophulus, leur évolution avec poussees prurigineuses du soir, de la nuit, permettait d'éliminer le lichen plan, non sans difficultés.

L'observation suivante en est un exemple (service de M. le professeur Petges) :

Maurice B..., 4 ans, né à terme, nourri au sein jusqu'à trois mois; puis mis au lait stérilisé; à cinq mois on lui donne des bouillies. Dès l'âge de deux ans, l'enfant mange de la viande rouge, du poisson, des œufs et boit un peu de vin.

Il y a trois semaines on aperçut une éruption généralisée prédominant sur la face dorsale des mains et légèrement prurigineuse. L'éruption a disparu sur le corps depuis la suppression du poisson.

Le 8 mai 1924 : Actuellement, près du mamelon droit, on voit une tache nummulaire, rose, centrée par une papule punctiforme, qui s'affaisse par pression. Les faces dorsales des deux mains sont le siège d'une éruption formée d'éléments papuleux, irrégulièrement séparés les uns des autres, sans limite bien nette.

Main droite : il y a une vingtaine d'éléments papuleux, ombiliqués, gros comme un grain de millet. Certains éléments sont rouges, surmontés de minces croûtelles qui, enlevées, mettent à nu une dépression donnant un peu de sérosité. D'au-

tres éléments plus rares sont rouges, polygonaux, plans et souples. Main gauche : il y a une trentaine d'éléments, groupés; ils sont papuleux, polygonaux, ombiliqués, roses, et presque tous recouverts soit d'un épiderme aminci, soit d'une squame qui, enlevée, ne laisse aucune sérosité. Ces lésions sont fermes au toucher.

Rien sur la muqueuse buccale. L'enfant est bien portant, son ventre n'est pas gros.

4. **L'eczéma** : On peut confondre le lichen plan avec l'eczéma surtout au début de l'éruption lorsque celle-ci prend un aspect érythémateux avec une surface très finement chagrinée. Mais ordinairement, peu d'heures après le début de cette poussée aiguë l'éruption devient vésiculeuse puis suintante. Si l'on presse légèrement les vésicules il en sort un liquide clair; tandis que si l'on pique les papules du lichen plan avec une aiguille on ne voit qu'une petite gouttelette de sang normal ou très légèrement séreux. Dans l'eczéma, la sérosité se concrète en formant des croûtes jaunâtres, ce qui n'existe pas dans le lichen plan. L'eczéma des nourrissons occupe de préférence la face, ce qu'on observe très rarement dans les cas de lichen infantile.

5. **Le Psoriasis** : Le lichen plan pourrait être pris pour le psoriasis, surtout au début de sa première période, lorsque l'éruption se présente sous forme de points rouges minuscules. Mais ces points ont une tendance à s'étendre par leur périphérie et à se recouvrir de squames sèches, nacrées, friables, abondantes, tandis que les squames du lichen plan sont très adhérentes et à peine marquées. Plus tard, dans le psoriasis, on constate que la peau est souple; au contraire, dans le lichen plan, la peau est infiltrée et épaisse. Ici le prurit est un bon élément de diagnostic et les récidives sont rares. Elles sont très fréquentes dans le psoriasis.

6. **Lichénification** : Elle doit être distinguée des placards du lichen plan, qui sont constitués par la confluence de véritables

plaques planes et sont entourés de papules typiques. La lichénification n'a pas des contours nettement limités, sa surface est moins lisse, moins brillante, et sa coloration n'est pas rouge clair. On ne rencontre jamais de lésions circonscrites dans la lichénification et aussi on ne trouve pas à la périphérie les papules typiques du lichen plan.

En résumé, il est important de savoir qu'en dermatologie il existe plusieurs affections cutanées fréquentes chez l'enfant, dans lesquelles les papules prennent au moment de leur involution ou évolution un aspect se rapprochant de celui du lichen plan. Le strophulus, l'eczéma en sont des exemples. Donc, avant d'arriver à faire un diagnostic dans les cas douteux, la cavité buccale doit être examinée soigneusement à plusieurs reprises pour chercher des lésions qui peuvent se développer primitivement. D'après notre maître, M. le professeur Dubreuilh, dans les formes généralisées, les lésions buccales sont la règle, et leur absence l'exception; dans les formes localisées, leur présence est l'exception.

Évolution et pronostic.

L'évolution du lichen plan est lente dans les cas chroniques d'emblée. L'éruption a une marche insidieuse et progressive, puis elle reste stationnaire pendant des mois et même des années. Au bout d'un temps variable, elle régresse insensiblement, laissant des macules pigmentées. Mais quelquefois cette forme d'évolution est coupée par des poussées subaiguës provoquées par une émotion ou un choc quelconque. Dans les formes aiguës, l'éruption a un début brusque et une marche rapide; la lésion est extensive sur la plus grande partie du corps, avec gonflement diffus de la peau, qui est rouge et présente peu de desquamation.

La forme infantile a une évolution très rapide, une courte durée et est caractérisée par l'absence de stade intermédiaire

de papules enflammées pendant le cours de l'involution et de l'évolution.

Un fait se vérifie assez souvent, à savoir que l'évolution est d'autant plus rapide que l'abondance de l'éruption est plus grande. En outre, dans les cas généralisés, l'évolution est rapide et la durée est courte, tandis que dans les cas localisés, c'est l'inverse qui se produit. Enfin, dans la forme hypertrophique, qui est rebelle par excellence, et la forme à localisations particulières, comme le lichen des muqueuses et des organes génitaux, l'évolution est très lente et tenace; les lésions offrent une résistance remarquable aux différentes médications.

Au point de vue des récides, « elles sont possibles mais rares, comme ont dit Doyon et Besnier, et il est presque aussi rare de voir récidiver véritablement le lichen que de voir ne pas récidiver un psoriasis. » Kaposi a vu une récidive au bout de deux ans, chez une fillette de quatre ans, et chez deux adultes, après plusieurs mois. Dans un cas même, le malade a eu trois récides. Rasch a vu la récidive une fois sur soixante. En effet, il ne faut pas confondre les cas observés comme des récides avec des poussées successives ou des cas de rechutes qui sont simplement le résultat d'un traitement inefficace ou insuffisamment prolongé, car après un lichen plan vraiment disparu, depuis une période de deux ou trois ans par exemple, il est tout à fait exceptionnel de voir de véritables récides.

Le lichen plan peut guérir spontanément au bout d'un temps plus ou moins long. D'après Rasch, les sujets nerveux gardent leur affection plus longtemps que les autres. Le pronostic est en somme bénin et la guérison est complète. Suivant Besnier et Doyon, le lichen plan n'est pas une maladie grave, mais par suite de sa longue durée, et parfois de sa résistance au traitement, par suite encore du prurit intense et incessant, de l'irritabilité de la peau, de l'insomnie, un enfant névropathe peut aggraver son état général et son système nerveux peut être touché à la longue.

CHAPITRE VII

Traitement.

Le traitement du lichen plan chez l'enfant ne diffère pas de ce qu'il est chez l'adulte. Les thérapeutiques proposées par les dermatologistes sont nombreuses, et toutes semblent avoir donné des résultats, quel que soit l'âge du malade. Ajoutons que les prescriptions d'une hygiène alimentaire appropriée ont une importance quelquefois assez grande dans certains cas.

Les enfants nerveux, fatigués, doivent être mis au calme; le séjour à la campagne est particulièrement recommandable. Dans la première enfance et chez les nourrissons, l'allaitement comme le sevrage seront aussi bien surveillés que possible. Dans la deuxième enfance, le thé, le café, le vin pur, les conserves, la charcuterie, etc., doivent être écartés. Le régime alimentaire sera réglé comme quantité et comme qualité. La diète lactée peut être conseillée si le prurit est intense ou s'il y a de l'albumine dans les urines. L'état des dents doit être surveillé, car il peut avoir une influence sur l'état général du malade.

Traitement interne. — *Arsenic* : Ce médicament a été considéré, par l'école de Vienne, comme spécifique du lichen plan. Chez les enfants, Kaposi a donné la liqueur de Fowler en commençant par II gouttes par jour, et en augmentant très lentement. Notre maître, M. le professeur Dubreuilh, a conseillé de donner cette liqueur à dose assez élevée et d'une façon continue. Pour Comby, I à X gouttes de la même liqueur par jour, suivant l'âge du malade.

D'autres médicaments arsenicaux ont été conseillés, tels que l'arséniate de soude ou de potasse (1 à 10 milligrammes), le

cacodylate de soude (1 à 2 centigrammes), l'arrhéнал (1 à 2 centigrammes), etc., etc. Ils sont souvent employés par Gaucher, Rille, Pollitzer et d'autres dermatologistes, soit par voie buccale, soit par injections. Plus récemment, on a cité les injections d'arsénobenzol, chez les adultes, avec quelques succès thérapeutiques, mais il faut être prudent dans leur administration.

L'arsenic, bien qu'il ait paru utile dans certains cas, surtout dans les formes torpides et rebelles de lichen plan, a été souvent accusé de provoquer des troubles digestifs, des intoxications, la transformation de papules en vésicules, la pigmentation des macules, etc. C'est pourquoi beaucoup de médecins, français et anglais, ont abandonné les préparations arsenicales, surtout dans les formes aiguës ou subaiguës, et quelquefois chez les sujets nerveux, puisqu'elles paraissent peut-être moins efficaces et même nuisibles. Besnier et Doyon ont dit qu'« il y a certains cas qui restent indifférents à la médication arsenicale la plus excessive, et que beaucoup guérissent sans arsenic ».

Parmi les autres médicaments qui ont été préconisés contre le lichen plan à l'intérieur, nous signalons le bichlorure de mercure, recommandé et employé par Lewing et Lusk ; le tartrate d'antimoine et de potasse, par J. Hutchinson ; les diurétiques, les acides minéraux, d'après Tilbury Fox, etc. Stowers a rapporté plusieurs cas de guérison de lichen plan linéaire chez les enfants par les traitements sédatifs généraux de toutes sortes. Il a recommandé les bromures, la quinine, les préparations de valériane, et les purgatifs salins, à doses variables, suivant l'âge du malade.

L'association du mercure et de l'arsenic a été réalisée avantageusement dans la liqueur de Donovan-Ferrarie, employée souvent avec avantages contre le lichen plan.

D'une façon générale, chez les enfants rachitiques, faibles, anémiques, on prescrit des médications fortifiantes. Crocker et Colcott Fox sont d'accord pour donner des toniques généraux comme le fer, l'huile de foie de morue, etc. Dans les cas où les enfants ont de la diarrhée ou d'autres troubles digestifs, les antiseptiques intestinaux doivent être prescrits simultanément

avec les soins locaux que nous allons décrire dans le paragraphe suivant.

Traitement externe. — Au point de vue du traitement local, la première indication est de faire disparaître le prurit, qui est souvent si violent, surtout dans les cas aigus ou subaigus, que le sommeil en est troublé. Il faut donc chercher d'abord à employer des substances calmantes, peu irritantes, jusqu'à ce que la peau soit capable de tolérer une médication plus active si elle est nécessaire. L'oxyde de zinc constitue la base des topiques de formules variées.

Colcott Fox et Crocker ont conseillé de donner des lotions calmantes aux petits malades. Gaucher a ordonné des lotions émollientes, des pommades inertes à base d'oxyde de zinc ou de sous-nitrate de bismuth. Comby a prescrit la formule suivante :

Ichthjol	2-4 grammes.
Vaseline	} à 10 grammes.
Lanoline	
Oxyde de zinc	
Amidon	

Quand la peau est très irritable, les bains alcalins peuvent rendre de grands services. Dans les formes aiguës ou subaiguës, une lotion à l'acide phénique ou à l'acide salicylique à doses modérées peut être avantageuse, et cette lotion doit être plus concentrée quand les plaques sont devenues chroniques (G.-H. Fox).

Balzer a préconisé la balnéation médicamenteuse : bains d'huile de foie de morue, d'huile de cade, d'acide chrysophanique. Les préparations hydrargyriques : emplâtre de Vigo, emplâtre au calomel ou emplâtre de Vidal, sont quelquefois efficaces. D'après Besnier et Doyon, les frictions de pommade pyrogallique convenablement faites, dirigées et surveillées, agissent quelquefois très rapidement. Le topique antiprurigineux de notre maître, M. le professeur Dubreuilh, composé de

teinture de quillaja et de goudron, donne des résultats satisfaisants, et une très bonne application est la pommade d'Unna, modifiée ainsi :

Vaseline.....	30 grammes.
Acide phénique neigeux.....	1 gramme.
Sublimé.....	0 gr. 05

Notre maître, M. le professeur Petges, emploie avec des résultats satisfaisants, l'une des pâtes :

Vaseline.....	100 grammes.
Oxyde de zinc.....	} à 50 grammes.
Talc.....	
Acide phénique.....	1 gramme.

ou :

Vaseline.....	} à 50 grammes.
Lanoline.....	
Oxyde de zinc.....	} à 30 grammes.
Talc.....	
Acide phénique.....	1 gramme.

L'un des meilleurs sédatifs généraux du prurit est l'hydrothérapie chaude, préconisée par Jacquet, en 1891, dans le traitement du lichen plan. Elle seule peut diminuer les symptômes subjectifs, puis guérir rapidement la maladie. Depuis lors, cette méthode a été souvent employée avec succès, surtout chez les sujets nerveux, car elle produit une sédation très marquée des phénomènes inflammatoires et contribue à l'affaissement des papules.

Thibierge et Ravaut ont publié, en 1903, un nouveau traitement du lichen plan. C'est la ponction lombaire qui, après 2 ou 3 interventions à une semaine d'intervalle, produit d'abord une disparition du prurit, puis l'affaissement des papules. Cette opération donne des résultats très remarquables dans les formes aiguës ou généralisées et moins satisfaisants dans les formes chroniques ou localisées. Aussi, comme la ponction est plus ou moins douloureuse, et difficile chez les petits malades,

elle n'est indiquée que chez les enfants présentant un prurit intense, susceptible de causer un ébranlement du système nerveux, de l'insomnie, et seulement après l'échec des autres médications. C'est une thérapeutique d'exception.

Dans ces dernières années, l'électricité, sous forme de courants de haute fréquence, et la radiothérapie ont été souvent employées. La haute fréquence est inefficace, la radiothérapie est dangereuse dans le lichen plan, qui est une maladie bénigne dans presque tous les cas, mais « inflammable ».

Notre maître, M. le professeur Petges, a observé une radio-dermite ulcéreuse grave de la jambe, qui dura plus d'un an, provoquée par une application radiothérapique de 3 H, sur des placards de lichen plan, bien que l'application ait été faite, en sa présence, par un radiologiste expérimenté.

Les stations hydrominérales, si les conditions sont favorables, peuvent être essayées. En France, nous avons : La Bourboule pour les formes généralisées et chroniques; Saint-Christau pour le lichen corné hyperkératosique et le lichen des muqueuses; et enfin, Saint-Gervais, Néris, Bagnères-de-Bigorre pour les enfants particulièrement nerveux.

Pour ce qui est du lichen buccal, on peut faire des badigeonnages quotidiens ou bi-quotidiens avec la liqueur de Van Swieten, ou, suivant la méthode d'Hallopeau, appliquer des compresses imprégnées d'une solution de permanganate de potasse au 1/400^e, quelques minutes par jour.

CONCLUSIONS

1° Le lichen plan infantile existe. Il s'observe chez les enfants de tous âges, mais n'est pas fréquent.

2° Cliniquement il présente les mêmes caractères majeurs que chez l'adulte, il prend plus souvent chez l'enfant une forme aiguë, plus généralisée, d'évolution plus rapide.

3° Il existe dans une proportion relativement élevée des formes de lichen plan infantile zoniformes ou linéaires.

4° L'étiologie et la pathogénie sont imprécises encore plus que chez l'adulte, en l'absence chez l'enfant de la possibilité d'incriminer des causes psychiques, émotives.

5° Le diagnostic du lichen plan infantile est délicat; on le confond surtout avec le strophulus.

6° Le pronostic du lichen plan infantile est bénin, son traitement est celui du lichen de l'adulte.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,* *Le Président,*
C. SIGALAS. G. PETGES

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 22 mai 1924.

Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMSON. — The three cases of lichen planus in Children. *Brit. Journ. of dermat. and syph.*, 1920, p. 1.
- BADIN. — Le prurigo chez l'enfant. Étiologie. Diagnostic. Traitement. Thèse de Paris, 1903.
- BEGUINOT. — Des vices de l'alimentation dans la genèse des dermatoses prurigineuses infantiles. Du diagnostic de ses affections avec le prurigo de Hebra: Thèse de Paris, 1903.
- BETTMAN. — Lichen ruber pemphigoïde. *Dermat. Zeitschrift.*, 1901, t. VIII, p. 1; *Annales de dermatologie*, 1901, p. 892; *Brit. Journ. of dermat.*, 1901, p. 189.
- BOURDILLON. — Lichen plan aigu généralisé chez une fillette de 4 ans 1/2. *Revue de la Suisse romande*, 1903, p. 843.
- BROcq (L.). — Traité élémentaire de dermatologie pratique. Paris, 1907.
- La pratique dermatologique, t. III, Paris, 1902.
- CAMBBELL. — The Skin diseases of infancy and Early Life. London, 1889.
- CHIPMAN. — The etiology of lichen planus. *Journal of cutaneous diseases*, 1919, p. 166.
- COMBY. — Traité des maladies de l'enfance. Paris, 1920.
- CORBETT (D.). — A case of lichen planus hypertrophicus in a girl of 15 years. *Brit Journ. of dermat.*, 1914, p. 102.
- CROCKER (R.). — Lichen planus infantum. *Diseases of Skin*, London, 1887.
- *Diseases of Skin*, London, 1893.
- Lichen planus — its variations, relations and imitations. *Brit. Journ. of dermat.*, 1900, p. 421-449.
- Lichen planus in a girl aged 5 years 1/2. *Brit. Journ. of dermat.*, 1907, p. 83.

- CROQUIST. — Fälle von Lichen ruber planus bei Cindern. *Monatsheft für Karktische Dermat.*, 1910, p. 147; *Annales de dermatologie*, 1910, p. 602.
- CULVER (G.-D.). — Incidence of lichen planus. *Arch. of dermat. and syph.*, 1920, p. 43.
- DARIER. — Précis de dermatologie. Paris, 1923.
- DUBREUILH (W.). — Traité des maladies de l'enfance. Paris, 1904.
- Précis de dermatologie. Paris, 1909.
- DUBREUILH et SABRAZÈS. — Sur un cas de lichen plan miliaire à marche aiguë. *Annales de la polyclinique de Bordeaux*, 1892, p. 65.
- DOUGLASS, MONTGOMERY et CULVER. — Lichen planus in two brothers. *Journal of cutaneous diseases*, 1919, p. 242.
- EDDOWS. — Lichen plan in a boy aged 4 years 1/2. *Brit. Journ. of dermat.*, 1899, p. 204.
- FEULARD (H.). — Lichen plan chez une fillette de 9 ans 1/2. *Annales de dermatologie*, 1894, p. 443.
- FORDYCE. — Clinical types of lichen planus. *Journal of cutaneous diseases*, 1919, p. 320.
- FOURNIER (A.). — Leçon clinique sur le lichen plan. *Semaine médicale*, juin 1882.
- FOX (Colcott). — Note of lichen planus in infants. *Brit. Journ. of dermat.*, 1891, p. 201; *Annales de dermatologie*, 1892, p. 408.
- Lichen plan infantum. *Brit. Journ. of dermat.*, 1895, p. 50.
- FOX (G.-H.). — Skin diseases of Children. London, 1898.
- FOX (Tilbury). — Skin diseases. London, 1873.
- Réflexions cliniques sur un cas de lichen planus aigu, développé chez un jeune sujet et simulant une syphilide papuleuse. *The Lancet*, 1876, p. 113.
- GALLOWAY. — Two cases of lichen planus; 2 years 1/2 and 15 months. *Brit. Journ. of dermat.*, 1897, p. 231-232.
- Lichen annularis of the extremities in a boy aged 10 years. *Brit. Journ. of dermat.*, 1899, p. 221.
- GAUCHER (E.). — Traité des maladies de la peau. Paris, 1895.
- HALLOPEAU et COMPAIN. — Sur un cas de lichen de Wilson chez un

- enfant de 15 mois. *Annales de dermatologie*, 1900, p. 225;
Archives de médecine des enfants, 1900, p. 754; Société de
dermatologie et de syphiligraphie, 1900.
- HALLOPEAU et GARDNER. — Sur un cas de lichen de Wilson en bandes
chez un enfant de 10 ans. *Annales de dermatologie*, 1899,
p. 566.
- HALLOPEAU et LEREDDE. — Traité pratique de dermatologie. Paris,
1900.
- HALLOPEAU et NERERO. — Amélioration rapide et considérable d'un
lichen plan cutané et intrabuccal par le permanganate de
potasse. *Annales de dermatologie*, 1904, p. 1103.
- HALLOPEAU et TRANSTOUR. — Lichen plan et impétigo contagiosa.
Annales de dermatologie, 1900, p. 1184.
- HARTZELL. — Salicylates dans le traitement du lichen plan. *Journ.
of the American med. Association*, 1907, p. 225; *Annales de
dermatologie*, 1908, p. 39.
- HÉGUY. — Étude sur le lichen plan. Thèse de Paris, 1880.
- STUTCHINS. — Lichen planus diffusus, followed by vesiculolous
infected lesions in a child of 6 years. *Journal of cutaneous
diseases*, 1912, p. 615; *Annales de dermatologie*, 1914-1915,
p. 41.
- HUTINEL. — Les maladies des enfants. Paris, 1909.
- JACOB (F.). — Some studies on lichen planus based on the Study of
179 cases. *Archiv of dermat. and. syph.*, 1920, p. 607.
- JACQUET. — Traitement du lichen plan par hydrothérapie. *Annales
de dermatologie*, 1891, p. 703, 862, 1001.
- KAPOSI. — Pathologie et traitement des maladies de la peau. Traduit
par Besnier et Doyon, 1891.
- KIESS (O.) — Ueber Lichen ruber planus im Kindesalter. *Dermatolog.
Zeitschrift.*, 1921, p. 140.
- KÖBNER. — Guérison rapide du lichen plan exsudatif par les injec-
tions d'arsenic. *Klinik Berlin*, 1880.
- KNOWLES. — Lichen planus in Childhood. *Archiv of dermat. and
syph.*, 1922, p. 285.
- LAVERGNE. — Contribution à l'étude du lichen plan. Thèse de Paris,
1883.

- LEMOINE (G.). — Lichen plan hypertrophique chez un enfant de 11 ans 1/2. *Annales de dermatologie*, 1883, p. 327.
- LE STRAT. — Du lichen plan palmaire et plantaire. Thèse de Bordeaux, 1901.
- LITTLE (G.). — A case of lichen planus in a girl aged 9 years. *Brit. Journ. of dermat.*, 1900, p. 100.
- A case of linear lichen planus in a girl aged 4 years. *Brit. Journ. of dermat.*, 1903, p. 25.
- Lichen planus. *Journal of cutaneous diseases*, 1919, p. 639-670.
- MALCOLM (M.). — Lichen plan in a boy of 8 years. *Brit. Journ. of dermat.*, 1900, p. 208.
- Diseases of the Skin. London, 1908.
- MARIANI. — Lichen ruber verruqueux zoniforme bilatéral chez un enfant de 14 mois. XVII^e Riunione della Soc. ital. di derm., 1910, p. 315; *Annales de dermatologie*, 1923, p. 260.
- MARS. — Le prurigo chez l'enfant. Thèse de Montpellier, 1900.
- MAYER. — Lichen plan chez un enfant de 9 mois. *Annales de dermatologie*, 1897, p. 1183.
- Mc DONAGH. — A case of lichen planus in a child aged 5 years. *Brit. Journ. of dermat.*, 1910, 168.
- MONEY. — Lichen planus. *Brit. Journ. of dermat.*, 1907, p. 285.
- MOREL-LAVALLÉE. — Sur la transmissibilité du lichen plan. *Annales de dermatologie*, p. 119.
- NOBL. — *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1916.
- PETGES. — Lichen plan aigu généralisé chez un enfant de 15 mois. *Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie*, mai 1921, p. 294.
- PETGES et RAGOT. — Lichen plan aigu généralisé chez un enfant de 13 mois. *Bulletins et mémoires de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, mai 1922, p. 102.
- POLLAN. — Lichen plan guéri par le salvarsan. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1912; *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1913.
- PONTOPPIDAN. — Ueber das Vorkommen von Allgemeinerscheinungen insbesondere Blutoeränderungen, bei lichen ruber pla-

- nus. *Dermatolog. Zeitschrift*, 1917, t. XXIV, p. 341; *Annales de dermatologie*, 1921, p. 188.
- PRINGLE. — A case of annular and hypertrophie lichen planus in a boy aged 10 years. *Brit. Journ. of dermat.*, 1901, p. 214.
- RASCH. — Traitement du lichen plan. Société scandinave de dermatologie, 1910; *Annales de dermatologie*, 1910, p. 441.
- SABOURAUD. — Quelques points d'anatomie pathologique du lichen plan. *Annales de dermatologie*, 1910, p. 491.
- SAINTON et BURNIER. — Lichen plan buccal chez un garçon de 6 ans. *Archives des médecins des enfants*, 1911, p. 942; Société de dermatologie et de syphiligraphie, 1911.
- SPIETHOFF (B.). — Lichen plan dans l'anémie pernicieuse. *Annales de dermatologie*, 1911, p. 368.
- STOWERS. — Lichen plan in a child. *Brit. Journ. of dermat.*, 1898, p. 145.
- Lichen plan in a girl of 10 months. *Brit. Journ. of dermat.*, 1899, p. 127.
- Séance spéciale de la Société de dermatologie de Londres du 14 novembre 1900. *Annales de dermatologie*, 1901, p. 495.
- TEDESCHI. — Du strophulus. Thèse de Bordeaux, 1894.
- THIBIERGE. — Conception générale du lichen de Wilson. *Paris médical*, novembre 1920, n° 48.
- THIBIERGE et RAVAUT. — Influence de la ponction lombaire sur le prurit du lichen de Wilson. *Bulletin de la Société de dermatologie*, novembre 1905.
- VEIEL. — Lichen ruber planus als Familienerkrankung. *Archiv für Derm.*, 1908; *Annales de dermatologie*, 1909, p. 472.
- WENDE. — Lichen planus in a mother and a Child. *Journal of cutaneous diseases*, 1914, p. 806.
- WHITE. — A critical analysis of 64 cas of lichen planus. *Journal of cutaneous diseases*, 1919, p. 671-679.
- Lichen planus. *Journal of cutaneous diseases*, 1919, p. 682.
- Lichen planus. *Brit. Journ. of dermat.*, 1919, p. 205.
- WHITEFIELD. — A note on the occurrence of bullæ in lichen planus. *Brit. Journ. of dermat.*, 1902, p. 161.

- WHITEFIELD. — Lichen planus hypertrophie in a boy treated by high-frequency electricity. *Brit. Journ. of dermat.*, 1904, p. 349.
- WIGNIOLLE. — La localisation génitale du lichen de Wilson. Thèse de Paris, 1920.
- WILSON. — On lichen planus. *Journal of cutaneous med. and. Diseases of the Skin*, 1860.
- WISE (F.). — Generalised lichen planus in a girl aged 7 ans. *Archiv of dermat. and syph.*, 1920, p. 467.

